



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Proces poskytování podpory prostřednictvím
uceleného systému rehabilitace**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **MANAGEMENT SOCIÁLNÍ PRÁCE
V ORGANIZACÍCH**

Autor: Bc. Alena Šturmová

Vedoucí práce: Mgr. Stanislav Ondrášek, Ph.D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Proces poskytování podpory prostřednictvím uceleného systému rehabilitace*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3.5.2024

.....

Alena Šturmová

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat svému vedoucímu Mgr. Stanislavu Ondráškovi, Ph.D. za jeho cenné rady, postřehy a motivaci při zpracování této diplomové práce. Dále děkuji všem informantům, kteří se zapojili do výzkumu a centru ARPIDA za možnost výzkumu v rámci daného tématu. V neposlední řadě děkuji mé rodině, partnerovi a přátelům za podporu v průběhu celého mého studia.

Proces poskytování podpory prostřednictvím uceleného systému rehabilitace

Abstrakt

Cílem diplomové práce bylo analyzovat reálnou podobu a průběh procesu poskytování podpory dostupnými prostředky uceleného systému rehabilitace a její koordinaci v centru ARPIDA z pohledu rodičů uživatelů s důrazem na využití case managementu. V centru kladou důraz na spolupráci interprofesního týmu, přičemž rodiče jsou vnímáni jako partneři a přirozená součást týmu odborníků. Diplomová práce tak může sloužit jako podklad pro rozvoj a zlepšení stávajících služeb a jejich koordinace v centru ARPIDA. Pro diplomovou práci byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie, metoda dotazování a technika sběru dat polostrukturovaný rozhovor. Výzkumný soubor tvořili rodiče uživatelů v různých životních etapách, kteří využívají služby v centru ARPIDA. Informanti byli zvoleni na doporučení pracovníků a vybráni dle zastoupení všech druhů služeb, které ARPIDA nabízí. Bylo uskutečněno 8 rozhovorů a výběr byl ukončen na základě saturace, kdy docházelo k opakování témat, názorů a rozhovory nepřinášely nové informace. Data byla zpracována pomocí Interpretativní fenomenologické analýzy (IPA), která podrobně zkoumá subjektivní zkušenosti informantů a vzniklo tak 13 hlavních témat, která se opírají o výzkumné otázky a cíl diplomové práce: vnímání uceleného systému rehabilitace, provázanost služeb, jaké služby v nabídce centra chybí, první kontakt s centrem, vnímání komunikace s pracovníky, na koho se mohou rodiče obrátit, spolupráce s klíčovým pracovníkem, podpora ze strany pracovníků a jejich spolupráce, jak rodiče vnímají roli v interprofesním týmu, interprofesní setkání s pracovníky, zapojení case managera a jaké jsou slabé a silné stránky procesu uceleného systému rehabilitace. Odpovědi na všechna tato témata mohou pomoci centru ARPIDA lépe porozumět tomu, jak rodiče uživatelů služeb vnímají komplexní koordinovanou péči v duchu uceleného systému rehabilitace.

Klíčová slova

sociální práce; sociální služby; ucelený systém rehabilitace; osoby se zdravotním postižením; ARPIDA

The process of providing support through a comprehensive rehabilitation system

Abstract

The aim of the thesis was to analyse the current form, process, and available means of providing support within a comprehensive rehabilitation system and its coordination with the broader ARPIDA centre, from the perspective of clients' parents and with an emphasis on the application of case management. The centre emphasises the cooperation of the cross-functional team, with parents perceived as partners and an organic part of the team of specialists. The thesis can thus serve as a basis for the development and improvement of existing services and their coordination in the ARPIDA centre. The qualitative research strategy, interviewing research method and semi-structured interview data collection technique were determined to be the most suitable for this particular thesis. The sample group consisted of clients' parents at different life stages who use services at the ARPIDA centre. The informants were selected based on the staff's recommendation and to form a representative group of all types of services provided by ARPIDA. Eight interviews were conducted and the selection was concluded on the bases of data saturation, where there was repetition of themes, opinions and the interviews did not bring new information. The data was processed using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA), which explores the subjective experiences of informants in detail, resulting in 13 main themes that underpin the research questions and the aim of the thesis: Perceptions of the holistic rehabilitation system, the interconnectedness of services, which services are missing from the centre's offerings, first contact with the centre, perceptions of communication with staff, whom parents can contact, collaboration with key workers, support from staff and their collaboration, how parents perceive their role in the cross-functional team, interprofessional meetings with staff, case manager involvement, and what are the weaknesses and strengths of the holistic rehabilitation process. Answers to all of these themes can help the ARPIDA centre to better understand how clients' parents perceive comprehensive coordinated care in the spirit of a holistic system of rehabilitation.

Key words

social work; social services; comprehensive rehabilitation system; persons with disabilities; ARPIDA

Obsah

1	Úvod	9
2	Teoretické vymezení	10
2.1	Ucelený systém rehabilitace.....	10
2.1.1.	Vývoj uceleného systému rehabilitace	12
2.1.2	Současné pojetí uceleného systému rehabilitace	13
2.2	Léčebná rehabilitace.....	15
2.2.1	Fyzikální terapie	16
2.2.2	Hydroterapie	16
2.2.3	Léčebná tělesná výchova	17
2.2.4	Ergoterapie.....	17
2.2.5	Animoterapie	18
2.2.6	Arteterapie, muzikoterapie a psychoterapie.....	19
2.3	Sociální rehabilitace	19
2.4	Pedagogická rehabilitace.....	20
2.5	Pracovní rehabilitace	21
2.6	Interprofesní tým.....	22
2.6.1	Zapojení rodičů	23
2.7	Case management.....	24
2.7.1	Case management v sociálních službách	26
2.7.2	Role case managera	26
3	Cíl práce a výzkumné otázky	29
3.1	Cíl práce	29
3.2	Výzkumné otázky.....	29
4	Metodika	30
4.1	Metody a techniky výzkumu.....	30
4.2	Výzkumný soubor	30

4.2	Analýza dat.....	31
4.2.1	Reflexe vlastní zkušenosti s tématem uceleného systému rehabilitace	32
4.2.2	Čtení a opakované čtení.....	34
4.2.3	Počáteční poznámky a komentáře a rozvíjení vznikajících témat	34
4.2.4	Hledání souvislostí napříč tématy a případy.....	34
4.2.5	Prezentace výsledků.....	34
4.4	Etika výzkumu	35
5	Výsledky	36
5.1	Výsledky interpretativní fenomenologické analýzy.....	37
5.1.1	Vnímání uceleného systému rehabilitace jako pojmu	41
5.1.2	Vnímání provázanosti jednotlivých služeb.....	42
5.1.3	Jaké služby v nabídce centra chybí.....	43
5.1.4	První kontakt s centrem	44
5.1.5	Vnímání komunikace pracovníků centra s rodiči	45
5.1.6	Na koho se mohou rodiče v případě potřeby obrátit.....	49
5.1.7	Vnímání spolupráce s klíčovým pracovníkem.....	50
5.1.8	Vnímání podpory ze strany pracovníků.....	50
5.1.9	Vnímání spolupráce mezi pracovníky	51
5.1.10	Jak rodiče vnímají roli v interprofesním týmu.....	51
5.1.11	Interprofesní setkání s pracovníky	52
5.1.12	Vnímání zapojení case managera	53
5.1.13	Jaké slabé a silné stránky procesu uceleného systému rehabilitace rodiče vnímají	54
6	Diskuze.....	58
7	Závěr.....	63
8	Literatura	65
9	Přílohy	70

9.1	Příloha 1: Otázky do rozhovorů	70
9.2	Příloha 2: Souhlas s uveřejněním názvu organizace v diplomové práci	71
9.3	Příloha 3: Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování diplomové práce	72

1 Úvod

Při procesu poskytování komplexní koordinované podpory v duchu uceleného systému rehabilitace v centru ARPIDA pro děti, mladistvé a dospělé s tělesným a kombinovaným postižením je klíčová spolupráce interprofesního týmu, přičemž rodiče uživatelů jsou deklarováni jako partneři a přirozená součást týmu odborníků pečujících o jedince s postižením. Pro centrum poskytující tuto komplexní podporu v sociálních, zdravotních, výchovně vzdělávacích a pracovních oblastech, je velmi důležité znát pohled rodičů uživatelů na koordinaci a průběh procesu a tím tak podpořit jejich partnerskou roli v interprofesním týmu.

Poskytování komplexní koordinované podpory v rámci uceleného systému rehabilitace hraje významnou roli v životě osob se zdravotním postižením. Tento přístup pohlíží na člověka holisticky a zabývá se tak všemi složkami života, který je narušen nemocí, úrazem či postižením. Napomáhá pochopit důležitost propojení jednotlivých částí, mezi které patří zdravotní, sociální, pedagogické a pracovní složky rehabilitace, kdy se tyto složky vzájemně ovlivňují a jsou propojené. Centrum ARPIDA se zaměřuje na podporu dětí, mladistvých i dospělých s tělesným a kombinovaným postižením prostřednictvím široké škály služeb, které zastupují všechny složky uceleného systému rehabilitace. Na jednom místě jsou tak propojeny všechny důležité služby pro osoby se zdravotním postižením, které jim pomáhají k dosažení co nejvyšší možné kvality života a zapojit se do společnosti.

Tato diplomová práce se tak zaměřuje na proces poskytování komplexní koordinované podpory v duchu uceleného systému rehabilitace v rámci centra ARPIDA, kdy je kladen důraz na vnímání tohoto procesu rodiči uživatelů, neboť jejich perspektiva a zkušenosti jsou též klíčové pro zlepšování služeb a péče v centru. Rodiče jsou bráni jako součást interprofesního týmu a jejich názor má pro centrum hodnotu. Nastavený systém může být vnímán rodiči jako nedostatečný nebo nevhodný pro jejich potřeby a očekávání. Proto je zásadní analyzovat jejich názory, zkušenosti a připomínky pro zjištění případných nedostatků v oblastech, ve kterých lze služby v centru ARPIDA vylepšit a přizpůsobit potřebám uživatelů a jejich rodin.

2 Teoretické vymezení

2.1 Ucelený systém rehabilitace

ARPIDA, centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, z.ú. (dále jen ARPIDA), poskytuje komplexní koordinovanou péči v duchu uceleného systému rehabilitace osobám s tělesným a kombinovaným postižením prostřednictvím služeb:

- Sociálních
- Zdravotních
- Pracovních
- Vzdělávacích

Propojuje a koordinuje péči v oblasti zdravotní, sociální a výchovně vzdělávací (Kruh podpory cesta k běžnému životu, 2024). V textu diplomové práce je používán termín ucelený systém rehabilitace dle používané terminologie v centru ARPIDA, ale v odborné literatuře existuje několik dalších termínů, které popisují propojení zdravotních, sociálních, pracovních a pedagogických složek. Jesenský (1995) používá pro tento termín název komprehenzivní rehabilitace, kterou dělí dle zaměření při plnění daných úkolů, jednotlivých institucí a aplikovaných prostředků na čtyři složky, tedy rehabilitaci pracovní, sociální, léčebnou a pedagogickou (Jesenský, 1995). Zdravotní, sociální, výchovná a pracovní opatření komprehenzivní rehabilitace mají pomoci osobách se zdravotním postižením zařadit se zpět do společnosti a podpořit je, aby dosáhli své maximální funkční úrovně (Kalvach, 2004). Dříve se také používal termín ucelená rehabilitace, která naznačuje spolupráci různých profesí a pohled na život člověka ze všech stránek, který je ovlivněný nemocí, úrazem nebo postižením (Trojan, 2005). Nejnovější termín koordinovaná rehabilitace propojuje aktivity ve prospěch osoby se zdravotním postižením za pomoci mezioborové spolupráce (Mojžíšová, 2019). V textu je dále používaný novější termín uživatel, který nahrazuje pojem klient a vychází ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Pojem klient se používá v odborné literatuře již několik let a je přirozené ho používat. V textu je však uveden již novější termín, tedy uživatel, který stejně jako klient znamená příjemce sociální služby. (Individuální plánování v sociálních službách, 2024).

Ucelený systém rehabilitace je komplexní proces, který se uskutečňuje pomocí různých rehabilitačních nástrojů a jejím hlavním cílem je minimalizovat přímé i nepřímé důsledky

dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které významně omezují nebo zcela znemožňují začlenění osob s postižením do společnosti (Švestková et al., 2017). Dle vymezení Bruthansové a Jeřábkové (2012) je ucelený systém rehabilitace propojení procesu léčebné, pedagogické, pracovní a sociální rehabilitace s cílem co nejvíce snížit důsledky postižení jedince a minimalizovat riziko sociálního vyloučení. Podle autorky Krhutové (2017) ucelený systém rehabilitace zahrnuje časné, kombinované, propojené, plynulé, koordinované a součinné nastavení a využívá zdravotnických, sociálních, pracovních, vzdělávacích, technických, technologických a dalších prostředků s cílem udržet nebo zvýšit kvalitu života jedince se zdravotním postižením. Z praktického hlediska je ucelený systém rehabilitace zaměřen na cílenou aktivaci a obnovení fyzických, psychických a sociálních schopností jedince se zdravotním postižením (Krhutová, 2017). Pomáhá uživateli řešit obtížnou životní situaci, jeho rodiny i širšího okolí a znovu se začlenit do sociálního prostředí a pracovního procesu (Bruthansová & Jeřábková, 2012). Ucelený systém rehabilitace má za úkol dle Švestkové a kol. (2017) umožnit lidem s postižením dosáhnout nebo udržet optimální úroveň fyzické, smyslové, intelektové, psychické a sociální funkce a poskytnout tak prostředky a podporu pro dosažení vyšší nezávislosti. Existuje více definic uceleného systému rehabilitace, ale všechny popisují stejný cíl, a to dosáhnout co nejvyšší soběstačnosti uživatele, kvality jeho života a funkční zdatnosti (Sládková, 2021). Pohled na jedince dle Sládkové (2021) je vždy komplexní, kdy úraz či nemoc má celkový dopad na zdravotní, ekonomickou i sociální oblast, na fungování v běžném denním režimu, pracovní schopnosti a sociální začlenění. Sládková v knize *Ergodiagnostika v rehabilitaci* (2023) na straně 34, definuje ucelený systém rehabilitace jako: „*celospolečenský proces, který lze definovat jako kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik a/nebo předcvičení jedince k nejvyšší možné funkční schopnosti.*“

V knize *Rehabilitace motoriky člověka* (2017) jsou dále uvedeny charakteristické rysy uceleného systému rehabilitace, mezi které patří včasné nasazení rehabilitačních prostředků. Včasnost plní základní předpoklad pro splnění cíle a motivuje uživatele i jeho rodinu k aktivnímu přístupu. Dále je to komplexnost, kdy je potřeba využít všechny dostupné informace a hlediska, která jsou důležitá pro postup uceleného systému rehabilitace. Mezi charakteristické rysy dle Švestkové a kol. (2017) dále patří návaznost a koordinovanost, kdy jednotlivé kroky jsou navrženy tak, aby na sebe logicky navazovaly bez zbytečných prodlev a činnost byla řízena dle předem připraveného

rehabilitačního plánu nejlepším, nejefektivnějším a nejrychlejším způsobem. Dále velmi důležitým rysem je součinnost a spolupráce mezi všemi zúčastněnými stranami (Švestková et al., 2017). Sládková (2021) popisuje hlavní zásady uceleného systému rehabilitace, mezi které řadí kromě již zmíněné včasnosti a koordinovanosti i intenzivnost, kdy je důležité volit náročnost a intenzivnost rehabilitačního programu vzhledem k věku pacienta či uživatele. Mezi další zásady patří dlouhodobost, kdy je důležitý čas a pacient či uživatel je motivován celým interprofesním týmem ke spolupráci a jeho pokroky jsou zaznamenávány. Dále dle autorky je důležitý individuální přístup, kdy je ucelený systém rehabilitace sestaven dle aktuálních potřeb, přání a možností pacienta či uživatele. Poslední zásadou je dostupnost (Sládková, 2021).

Dle Vackové (2020) má termín ucelený systém rehabilitace nejbližší k anglickému termínu Community Based Rehabilitation (rehabilitace založena na komunitní práci) (Vacková, 2020). Rehabilitace založena na komunitní práci je schválenou strategií mezinárodními organizacemi, včetně Světové zdravotnické organizace, která využívá víceoborový přístup a klade si za cíl zlepšit život lidí s postižením v komunitě, vyrovnat příležitosti a sociální začlenění jedinců se zdravotním postižením v oblasti zdravotnictví, vzdělávání, zaměstnanosti a sociálních služeb (Michelle Aldersey et al., 2023). V roce 2010 Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) zveřejnila návod, jak rozvíjet a posílit programy této rehabilitace s cílem vybudovat inkluzivní komunity a posílit podporu pro lidi s postižením. Dle WHO má tak rehabilitace založena na komunitní práci zlepšit kvalitu života osob se zdravotním postižením a jejich rodin, dosáhnout vyrovnání příležitostí a sociálního začlenění prostřednictvím zapojení osob se zdravotním postižením do procesů komunitního rozvoje za pomoci organizací, NNO a vládních orgánů, s důrazem na využití místních kapacit a zdrojů (Community-Based Rehabilitation: What is community-based rehabilitation (CBR)?, 2017)

2.1.1. Vývoj uceleného systému rehabilitace

Ucelený systém rehabilitace, tedy proces aktivizace a obnovení fyzických, psychických a sociálních schopností jedince se zdravotním postižením má dle Krhutové (2017) dlouhou historii sahající až do počátku 20. století. Autorka uvádí, že původní přístup k ucelenému systému rehabilitace se během let změnil a z původního mechanického konceptu se stal koncept ekologický, který pohlíží na člověka holisticky a využívá možnosti jedince a jeho potencionálu funkčního zdraví, čímž vytváří přístupné prostředí

pro všechny. Tento přístup je dlouhodobě realizován v zemích jako je Francie, Německo, Rakousko, Holandsko, Švédsko, Velká Británie, USA, Kanada a tyto země ukazují, že je pro stát i pro jednotlivce výhodné, když jsou vytvořeny podmínky umožňující rychlé začlenění jedince zpět do pracovního procesu. Tato začlenění jsou podporována formálními i praktickými opatřeními, které umožňují lidem s postižením aktivně přispívat na podporu politik zaměstnanosti a dalších podpůrných programů (Krhutová, 2017).

Sládková (2023) uvádí jako významnou českou osobnost, která se zasazovala o propojení jednotlivých složek uceleného systému rehabilitace s cílem znovu začlenit osoby se zdravotním postižením do pracovního procesu, profesora MUDr. Jana Pfeifferta, který byl přednostou na Klinice rehabilitačního lékařství první lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. V 80. letech 20. století byl jeden z hlavních aktérů v propagování koordinovaného pojetí rehabilitace z pohledu propojení všech pedagogických, sociálních, pracovních a léčebných složek rehabilitace. Položil tak základní kámen pro jeho následovatele, kteří se tak více zajímali o interprofesní a komplexní přístup k lidem se zdravotním postižením (Sládková, 2023).

2.1.2 Současné pojetí uceleného systému rehabilitace

Proces uceleného systému rehabilitace, ve kterém sociální pracovníci mají nezastupitelnou roli, hraje v životě osob s postižením významnou roli a vede ke zlepšení kvality jejich života (Mojžíšová, 2019). Dále autorka uvádí, že v České republice chybí legislativní ukotvení uceleného systému rehabilitace a vymezení kompetencí sociálních pracovníků v systému péče o uživatele s postižením. Inspiraci pro implementaci principů tohoto systému můžeme čerpat z tuzemských i zahraničních zkušeností v různých státech (Mojžíšová, 2019).

Dle Krhutové (2017) v České republice existuje snaha o prosazení moderního konceptu uceleného systému rehabilitace již více než dvacet let, ale stále chybí vzájemná provázanost, koordinace a systémové propojení příslušných opatření. Toto rozdělení, zdvojení a nekoordinovanost opatření může vést dle autorky k neuspokojení některých potřeb uživatelů. Dále autorka uvádí, že pro koordinaci mezioborových řešení chybí opora v národní legislativě, kdy se Česká republika opakovaně snažila vytvořit zákon o tzv. koordinované rehabilitaci, ale ten doposud nebyl schválen. Již v roce 2012 Ministerstvo práce a sociálních věcí řešilo koncept návrhu tohoto zákona, kde nejdůležitější částí bylo plánování fází se zapojením léčebné složky, vzdělávací složky a

sociálním zabezpečením uživatele. Návrh vycházel z Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením a hlavním cílem bylo zajistit osobám se zdravotním postižením dostupnost komplexních služeb, které by jim pomohly s integrací na trh práce (Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR, 2012). Tento nedostatek koordinace v legislativě je znepokojující z hlediska Evropské unie, která naléhá na své členské státy, aby začlenily ucelený systém rehabilitace do svých politik, avšak Česká republika se stále řadí mezi země, kde je tato problematika nedostatečně řešena (Krhutová, 2017). Pfeiffer (1999) již před více než dvaceti lety zmiňoval potřebu zařazení uceleného systému rehabilitace do legislativy dle Evropské unie: *“Rehabilitace by se měla dostat do popředí zájmu v naší politice. Evropská unie všechny své členy vyzývá, aby rehabilitaci chápali jako nedílnou součást politiky státu. Právě tento typ informací nám otevírá oči a vysvětluje, že rehabilitace není tělocvik nebo fyzikální medicína, ale plynulé a koordinované úsilí o optimální integraci do života při využití všech dostupných prostředků léčebných, sociálních, výchovných (pedagogických) a v poslední řadě i pracovních”* (Pfeiffer, 1999, s.7). Od roku 2009 je Česká republika zavázána mezinárodní Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením Organizace spojených národů (dále jen OSN), která vyžaduje začlenění jednotlivých článků do národní legislativy (Krhutová, 2017). Cílem Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením OSN je podporovat a chránit lidská práva a základní svobody všech osob se zdravotním postižením a zajistit jim plné a rovné přijetí ve společnosti s respektem k jejich důstojnosti. V článku 26 o habilitaci a rehabilitaci stojí, že státy, které se zavázaly k této dohodě, mají povinnost podporovat, rozvíjet a rozšířit komplexní programy a služby pro habilitaci a rehabilitaci osob se zdravotním postižením. Dle článku by tyto služby měly být poskytovány co nejdříve a měly by být navrženy na základě komplexního vyhodnocení individuálních potřeb a schopností každého jednotlivce. Jejich cílem je podporovat zapojení a integraci osob se zdravotním postižením do společnosti a všech oblastí jejich života, včetně zdravotní péče, zaměstnanosti, vzdělání a sociálních služeb (Úmluva o právech osob se zdravotním postižením a Opční protokol: Convention on the rights of persons with disabilities and Optional protocol, 2011).

Dle článku, *Kdo je case manager a proč ho česká společnost potřebuje?* (2023), jsou v České republice oblasti léčby a péče rozdělené mezi Ministerstvo práce a sociálních věcí a Ministerstvo zdravotnictví, což vede ke složitostem v podobě dvojí legislativy, odlišného financování a rozdílů ve vzdělávání pracovníků. Tato situace vyžaduje nutnost

spolupráce obou resortů pro prospěch lidí, což je dlouhodobě diskutované téma v české společnosti. V této situaci může sehrávat klíčovou roli case manager, kdy v integrované a komplexní péči o uživatele díky koordinaci péče může pomoci zmírnit situaci, kdy uživatel hledá pomoc na různých místech současně (Sue Ryder Neztratit se ve stáří, 2023). Současné nedostatečné propojení sociálních a zdravotních systémů, může vést k nedostatečnému pokrytí jak sociálních, tak zdravotních potřeb uživatelů a jednou z příčin kterou uvádí Národní plán rozvoje sociálních služeb na léta 2016-2025 je nedostatečné začlenění case managementu jako přístupu a nedostatek case manažerů, kteří by měli zajistit komplexní péči a zhodnocení specifických potřeb uživatele s ohledem na dostupné sociální i zdravotní služby, spolupráci mezi různými programy a koordinaci předávání péče (Pospíšil, 2015). Dalším problémem, který rovněž národní plán zmiňuje je to, že nedochází ke koordinovanému kontinuálnímu přechodu uživatele mezi zdravotní a sociální péčí a je nedostatek zdravotně-sociálních pracovníků, kteří by se zapojili do případových interprofesních týmů (Pospíšil, 2015).

Sedláková (2023) uvádí, že Evropská komise zdůrazňuje rostoucí význam dlouhodobé péče v důsledku demografických změn a tento trend bude vyžadovat zlepšenou koordinaci poskytovaných služeb. Case management, může být jedním z účinných prostředků k dosažení tohoto cíle (Sedláková, 2023). Ministerstvo práce a sociálních věcí vydalo projekt realizovaný od 1. 4. 2023 do 31. 5. 2025 na téma Podpora implementace koordinovaného přístupu v systému poskytování sociální ochrany v ČR, který usiluje o vytvoření podmínek pro aplikaci case managementu do systému sociální ochrany ČR na všech jeho úrovních a napomůže tak zefektivnit péči osobách vyžadující komplexní péči a upraví pravidla pro předávání mezi jednotlivými složkami systému (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2023).

2.2 Léčebná rehabilitace

Velmi významnou složkou rehabilitace je léčebná rehabilitace, která je dle Pfeifferta (2014) rozdělena na vertikální a horizontální rehabilitaci. Vertikální vede k obnovení původního stavu organismu a dlouhodobá horizontální se zaměřuje na problematiku poškození závažného a chronického charakteru. Léčebná rehabilitace se prolíná s vlastním léčením a zdravotnictvím, má tak interprofesní charakter a můžeme se v ní setkat i s prvky arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie apod. (Pfeiffer, 2014). Dle Sládkové (2021) jde o soubor diagnosticko-terapeutických postupů, které mají za cíl

aktivizovat funkční potenciál osob se zdravotním postižením. Tato rehabilitace je zajišťována ve zdravotnických zařízeních, jako jsou kliniky, ústavy nebo lázeňské provozy (Sládková, 2021). Zdravotní neboli léčebnou rehabilitaci popisuje Novosad (2000) jako oblast zahrnující fyzioterapii (mezi kterou patří nápravní tělocvik, elektroléčba, lázeňská léčba apod.) ergoterapii (nácvik dovedností) operace či léčbu medikamenty.

Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění definuje léčebně rehabilitační péči jako nezbytnou součást léčebného procesu, jejíž poskytnutí doporučil ošetřující lékař a potvrdil revizní lékař. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování ji popisuje jako druh zdravotní péče: „jejímž účelem je maximální možné obnovení fyzických, poznávacích, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta cestou odstranění vzniklých funkčních poruch nebo náhradou některé funkce jeho organismu, popřípadě zpomalení nebo zastavení nemoci a stabilizace jeho zdravotního stavu; v případě, že jsou při jejím poskytování využívány přírodní léčivé zdroje nebo klimatické podmínky příznivé k léčení podle lázeňského zákona, jde o lázeňskou léčebně rehabilitační péči.“ (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, 2011, § odst. 2 písm. f))

2.2.1 Fyzikální terapie

Poděbradský a Jesenická (2009) mezi léčebné prostředky rehabilitace řadí fyzikální terapii, která se skládá z různých druhů masáží, jako je klasická či reflexní, elektroléčbu s různou intenzitou frekvenčních proudů, léčbu ultrazvukem, magnetoterapii či léčbu infračerveným nebo ultrafialovým zářením. Dále uvádí specifickou léčbu laserovým zářením, léčbu teplem, balneoterapii a také vodoléčbu mezi kterou autor řadí cvičení v rehabilitačním bazénu, perličkovou lázeň nebo vířivou lázeň (Poděbradský & Jesenická, 2009).

2.2.2 Hydroterapie

Hydroterapie neboli vodoléčba je dle Navrátila (2019) známá pro své termodynamické vlastnosti a pozitivní vliv na pacientovo zdraví, které je ovlivňováno pomocí teploty vody, jejího chemického složení a mechanických vlastností. Hydroterapie je spjata s vodním prostředím a rozděluje se na malou a velkou vodoléčbu, kdy malou vodoléčbu využívá i laická veřejnost díky její jednoduchosti a velkou vodoléčbu využívají

specializovaná zařízení s technickým vybavením a odborným personálem (Navrátil, 2019). Mezi procedury malé vodoléčby dle autora patří omývání, oviny, zábaly či obklady, polevy a sprchy. Mezi procedury velké vodoléčby řadí celkové koupele, sedací lázně, šlapací či vířivé lázně, perličkové koupele, sauny a další.

2.2.3 Léčebná tělesná výchova

V rámci léčebných prostředků rehabilitace se využívá léčebná tělesná výchova, která je hlavní metodou fyzioterapie a zabývá se pohybovým ústrojím člověka (Pfeiffert a kol, 2014). Pfeiffert uvádí, že základní formou je tak tělesné cvičení realizováno individuálně, tak skupinově a jejím cílem je ovlivnění posturálního chování neboli schopnost zajistit vzpřímené držení těla a reagovat na změny vnějších a vnitřních sil. Jedná se o dva strategické léčebné přístupy, mezi které patří léčební gymnastické prvky a reflexní motorika, která využívá reflexů vyvolávajících nebo podporujících stah ochrnutých svalů. Pro útlum svalů, které jsou ve zvýšeném napětí, se využívá velmi známá Vojtova metoda reflexní lokomoce jejímž základem jdou dva pohybové prvky, a to reflexní plazení a otáčení. Správnou a systematickou aplikací těchto modelů dochází k aktivaci centrálního nervového systému a potlačuje patologickou změnu hybnosti (Pfeiffer, 2014).

2.2.4 Ergoterapie

Ergoterapie je léčba zaměstnáváním nebo smysluplnou činností (Pfeiffert a kol, 2014). Dle Krivošíkové (2011) je ergoterapie: „*léčba osob s fyzickým a duševním onemocněním nebo s disabilitou, která prostřednictvím specificky zvolených činností umožňuje osobám dosáhnout maximální funkční úrovně a soběstačnosti ve všech aspektech života.*“ (Krivošíková, 2011, s.17). Pfeiffert (2014) dodává, že se nejedná pouze o zaměstnávání a každodenní všední činnosti, ale také o produktivní činnost práci ale i hru a zábavu ve volném čase. Ergoterapie je dle autora jedna ze základních léčebných prostředků rehabilitace. Ergoterapii indikuje lékař a provádí vzdělaní ergoterapeut, kdy je každému pacientovi vypracován individuální léčebný program, který se řídí jeho zdravotním stavem, typem a stupněm postižení a napomáhá rozvíjení pracovní schopnosti člověka s postižením a tím tak umožňuje úspěšné začlenění do plnohodnotného života (Pfeiffer, 2014).

Kubínková a Křížová (1997) rozdělují v ergoterapii 4 hlavní oblasti, které se navzájem prolínají a doplňují. Jedná se o kondiční ergoterapii, ergoterapii cílenou na postiženou

oblast, dále zaměřující na pracovní začlenění a ergoterapii zaměřenou na výchovu a soběstačnost. Kondiční terapie se zaměřuje hlavně na psychickou rovnováhu, cílená na postiženou oblast obsahuje prvky přesné, cílené a dávkované, ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění napomáhá člověku najít uplatnění na pracovním trhu a ergoterapie zaměřená na výchovu a soběstačnost se zaměřuje na zvládnání běžných činností každodenního života (Kubínková & Křížová, 1997). Ergoterapie tak hraje významnou roli v léčebné rehabilitaci a tím tak v uceleném systému rehabilitace (Pfeiffert a kol, 2014). Důležitou součástí dle Pfeifferta (2014) je i hodnocení sledované osoby tedy ergodiagnostika, kdy jde o posouzení následků onemocnění a také schopnosti pro zaměstnání sociální začlenění člověka. Krivošíková (2011) rozlišuje funkční hodnocení, mezi které patří hodnoty senzomotorické, kognitivní a psychosociální funkcí, dále hodnocení výkonu v oblasti všedních denních činností, patří sem i hra a zejména hodnotíme osobu ve stavu prostředí jak k domácímu, tak pracovnímu. Další významnou součástí ergoterapie, a tím i léčebných prostředků rehabilitace, je hodnocení a přizpůsobování technických pomůcek, jejich indikace a nácvik používání a patří sem i přizpůsobení životního prostředí, odstraňování architektonických bariér zvláště v místě, kde pacient bydlí (Pfeiffert a kol, 2014).

2.2.5 Animoterapie

Animoterapie je léčba za pomoci zvířat. Tato terapie se dá rozdělit do několika hledisek, například podle druhu zvířete, které se při terapii používá. Mezi druhy zvířat, které se v animoterapii využívají, patří například koně (hipoterapie), psi (canisterapie), kočky (felinoterapie), dále lze využít malá domácí zvířata, hospodářská, volně žijící nebo exotických zvířat (Pfeiffert a kol, 2014).

Hipoterapie je využívá působení nespécifických faktorů koně na lidský organismus a může pomoci zlepšit svalovou sílu, koordinaci pohybů a celkovou funkčnost pacienta (Kočová, 2017). Patří do oblasti medicínské, pedagogicko-psychologické a sportovní a dělí se na 3 složky: hipoterapii, léčebně pedagogicko-psychologické ježdění a parajezdeckví, tedy sportovní a rekreační ježdění osob se zdravotním postižením (Pfeiffert a kol, 2014).

Canisterapie je léčba pomocí kontaktu se psem, při kterém dochází k polohování, ale také ke verbálnímu a emočnímu kontaktu. Dle Galajdové (2011) může canisterapie zlepšit psychickou pohodu, komunikační dovednosti, pohybové schopnosti a citové zrání u dětí.

Dále je možné tímto způsobem zabavit děti strachu ze psů, případně odstranit agresivitu vůči zvířatům, ale i mezi dětmi navzájem. Efekt je tedy především psychologický (Galajdová & Galajdová, 2011).

2.2.6 Arteterapie, muzikoterapie a psychoterapie

Další specifické terapie jako je arteterapie, muzikoterapie a psychoterapie jsou také léčebné postupy ve smyslu léčebných prostředků rehabilitace. Dle Pfeifferta (2014) tyto terapie patří mezi mezioborový přesah do dalších odborných disciplín jako jsou pedagogika, psychologie a v neposlední řadě také umělecká tvorba. Autor uvádí, že arteterapie je léčba pomocí výtvarných prostředků, například kresbou, ale také práce s jinými materiály, jako je keramika, dřevo, kámen nebo kov. Práce s hlínou tak pomáhá uvolnění spasticity, procvičování jemné motoriky a další. Výtvarná činnost má významný psychologický efekt, který může pomoci s emočním laděním, estetickým vnímáním, sebereflexí, projekcí a diagnostikou. Dále Pfeiffert (2014) popisuje muzikoterapii jako léčbu pomocí hudby a zvuku, resp. pomocí aktivit spojených s hudbou a zpěvem. Má podobný efekt jako arteterapie a patří mezi expresivní terapie. Zpěv a dechové aktivity mají značný vliv na tělesné a psychické procesy. Hudba tak může mít nejen relaxační účinky, ale také stimulační efekt. Stává se významným prostředkem nejen komunikace, ale také vyjadřování exprese vnitřních pocitů. Psychoterapie je léčba pomocí psychologických prostředků, postupů a metod. Může být použita jako prostředek uceleného systému rehabilitace, ale také jako svébytná aplikovaná psychologická disciplína, která může zahrnovat nejrůznější tvůrčí činnosti (Pfeiffert a kol, 2014).

2.3 Sociální rehabilitace

V sociální rehabilitaci jde o materiální zabezpečení a legislativní ochranu, sociální začleňování jedince do společnosti, zajištění sociálních služeb, sociálních dávek, resocializace či zajištění komunitní podpory (Novosad, 2000). Autor dodává rehabilitaci psychologickou, která usiluje o zvládnutí krize v souvislosti se změnami ve zdravotním stavu a životě jedince pomocí psychoterapie nebo arteterapie a také rehabilitaci volnočasovou, která se zabývá sportovním, zájmovým nebo kulturním vyžitím.

Sociální rehabilitaci můžeme vnímat v širším kontextu uceleného systému rehabilitace, ale také v užším pojetí zákona (Mojžíšová, 2019). Sociální rehabilitace je dle § 70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů: *soubor specifických*

činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006).

Služba je poskytována formou terénních nebo ambulantních služeb a obsahuje základní činnosti, jako je nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv. Také je poskytována formou pobytových služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb a poskytuje vedle základních činností také ubytování, stravy a pomoc při osobní hygieně.

V § 35 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, je popsán rozsah úkonů základních činností při poskytování sociální rehabilitace. odst. 2 § 35 vyhlášky upravuje maximální výši úhrady za poskytování sociálních služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb.

Realizaci sociální rehabilitace mají na starost sociální, zdravotnická a školská zařízení, ale také rodina jako instituce, orgány sociálního zabezpečení státu, měst a obcí a nestátní neziskové a církevní organizace (Mojžíšová, 2019).

2.4 Pedagogická rehabilitace

Dalším prvkem uceleného systému rehabilitace jsou prostředky pedagogické rehabilitace, které jsou zaměřeny na výchovu a vzdělávání. Mezi tyto prostředky patří metody speciální pedagogiky, které zahrnují ranou péči, předškolní a školní práci a rekvalifikaci, při profesní přípravě (Jankovský, 2006). *“Je to soubor specifických pedagogických činností zaměřených na rozvoj osobnosti, podporu vzdělávání dětí, mládeže, ale i dospělých osob se zdravotním postižením.”* (Sládková, 2023, s.11). Předškolní, základní, střední, vyšší odborné a jiné vzdělávání upravuje Zákon č. 561/2004 Sb., neboli školský zákon, který upravuje mimo jiné také vzdělávání žáků s hlubokým mentálním postižením, vzdělávání žáků se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, se souběžným postižením více vadami a s autismem nebo přípravný stupeň základní školy speciální

(Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, 2004).

Dle Novosada (2000) patří mezi prostředky pedagogické rehabilitace reedukace, kompenzace, vytváření individuálních plánů apod. a zaměřuje se na oblast vzdělání, výchovy a přípravy na povolání. Dle autora tak úzce souvisí s pracovní rehabilitací, která se zabývá profesní přípravou, pracovním uplatněním jedince, hledání pracovních příležitostí na trhu, poradenství v oblasti kariéry a vytváření příležitostí v oblasti práce. Dále rozvíjí soběstačnost, nadání a schopnosti jedince (Novosad, 2000).

2.5 Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace dle Sládkové (2023) je *“souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osob se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují a financují úřady práce ve spolupráci s dalšími vzdělávacími, poradenskými a zdravotnickými subjekty.”* (Sládková, 2023, s.52). Je to tedy soubor činností v kompetenci krajských poboček Úřadů práce zaměřených na udržení a získání pracovní pozice (Sládková, 2023). Tato rehabilitace se dle autorky týká lidí v produktivním věku a dává jim možnost být zaměstnán a vydělávat peníze, což je velmi důležitou součástí biopsychosociálního modelu zdraví. Po vstupu do rehabilitačního zařízení dochází k posouzení pracovního potenciálu a ke stanovení sociálně-pracovní anamnézy v rámci interprofesního týmu ve kterém je lékař, sociální pracovníci a ergoterapeuti. Poradce pro volbu povolání na základě těchto posouzení poskytne informace o možnostech začlenění jedince do pracovního procesu a uplatnění osob s postižením na trhu práce (Sládková, 2023).

Pracovní rehabilitaci upravuje zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti v platném znění, který ji definuje dle § 69, odstavce 2 jako: *„souvislou činnost zaměřenou na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením.“* Osoby se zdravotním postižením mají právo na pracovní rehabilitaci, kterou zabezpečuje krajská pobočka Úřadu práce ve spolupráci s pracovně rehabilitačními středisky nebo pověřené jiné právnické nebo fyzické osoby. Dle zákona zahrnuje pracovní rehabilitace poradenskou činnost, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti (Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, 2004). Osoba se zdravotním postižením společně s Úřadem práce sestaví individuální plán, který dle vyhlášky č.

518/2004 Sb. kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění, obsahuje cíl, formu, časový průběh a hodnocení pracovní rehabilitace (Vyhláška 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, 2004).

Do pracovní rehabilitace lze také zařadit předpracovní rehabilitaci neboli ergodiagnostiku, což je soubor nástrojů sloužících k objektivnímu funkčnímu vyšetření biopsychosenzomotorického potenciálu jedince pro účely zaměstnanosti (Sládková, 2023).

2.6 Interprofesní tým

Interprofesní tým hraje klíčovou roli v uceleném systému rehabilitace, který se skládá z odborníků z různých oblastí, kteří spolupracují na poskytování komplexní péče (Kodymová, 2015). V dnešní době je termín multidisciplinární a interdisciplinární tým nahrazen interprofesním týmem, který více vystihuje podstatu zainteresovanost jednotlivých profesí (Vacková, 2020). Příručka *Kruh podpory cesta k běžnému životu* popisuje interprofesní přístup dle slovníku cizích slov jako spolupráci více vědních oborů při realizaci odborné a vědecko-výzkumní činnosti. Klíčem k úspěchu je vytvoření fungujícího týmu odborníků, do kterého jsou zapojeni nejen uživatelé, ale i jejich rodinní příslušníci nebo blízcí lidé a složení týmů je individuálně přizpůsobeno potřebám uživatelů (Kruh podpory cesta k běžnému životu, 2024). Novosad (2000) uvádí, že při uceleném systému rehabilitace je důležité provázání a týmové využití konkrétních metod z oblasti lékařství, sociální práce, vzdělání, profesní přípravy za účelem adaptace jedince na odlišné či ztížené životní podmínky a dosažení co nejvyšší možné samostatnosti a funkční schopnosti. Mezi členy tohoto týmu dle *Sešitu sociální práce* (2015) mohou patřit fyzioterapeuti, ergoterapeuti, logopedi, zdravotní sestry, sociální pracovníci a další specialisté. Neopomenutelnou a nejdůležitější součástí týmu je však uživatel a jeho rodina (Kodymová, 2015). Dle Sládkové (2023) je role interprofesního týmu zásadní v procesu uceleného systému rehabilitace. Hlavní vedoucí týmu je specializovaný lékař v oboru rehabilitace a fyzikální medicíny, který na základě vyšetření stanoví plán, který společně realizuje celý tým složený dále z fyzioterapeutů, ergoterapeutů, psychologů, logopedů, sociálních pracovníků, speciálních pedagogů a ošetrovatelského personálu. Do procesu se mohou zapojit další specialisté jako je biomedicínský inženýr, nutriční terapeut, protetik, adiktolog, muzikoterapeut a jiní (Sládková, 2023).

Dle článku *The Importance of Interdisciplinary Collaboration in Social Work* (2022) sociální pracovníci do interprofesním týmu přináší jedinečný přístup k péči, kdy jejich zaměření na lidský přístup umožňuje setkávání se s lidmi přímo v jejich přirozeném prostředí, což poskytuje hlubší porozumění jejich situaci. Tímto způsobem mohou potvrdit reálné výzvy, kterým lidé čelí, a společně s týmem hledat efektivní řešení. Sociální pracovníci také pomáhají ostatním členům týmu lépe porozumět složitým problémům, se kterými se uživatelé potýkají při přístupu k péči (Virginia Commonwealth University School of Social Work, 2022). Dále článek uvádí výhodu spolupráce sociálních pracovníků s jinými profesemi, kdy uživatelé mají prospěch z širšího spektra podpory a získávají přístup k více zdrojům.

Mezi další výhody řadí článek *Collaborations in Social Work – How to Effectively Serve Clients Through Teamwork* (2022):

- Rozšířené znalosti, kdy členové týmu mohou do skupiny vnést své individuální odborné znalosti, což zajistí, že se případné problémy budou řešit ze všech úhlů pohledu,
- Sdílená odpovědnost, tedy možnost spolehnout se na ostatní a uživatelé mají větší systém podpory,
- Přístupnější zdroje, kdy sdílení těchto zdrojů může snížit náklady jednotlivců a zajistit efektivní práci týmů,
- Méně profesních překážek, které se lépe překonávají v týmu.

S pomocí týmu mohou sociální pracovníci zaujmout k řešení problémů uživatelů komplexnější přístup (Social Work License Map, 2024).

2.6.1 Zapojení rodičů

Celý proces uceleného systému rehabilitace je důležité velmi detailně konzultovat s rodinnými příslušníky dítěte (Sládková, 2021). Dle autorky je rodina zásadním, a hlavně respektovaným členem interprofesního týmu, který se aktivně zapojuje do terapií, aby byla zajištěna plynulá návaznost rehabilitace i v domácím prostředí a také je zdrojem zásadních informací, které nám dítě nemůže sdělit. Klíčová je tedy komunikace mezi členy týmu, uživatelem či pacientem a jeho rodinou a každá nesrovnalost by se měla co nejdříve prodiskutovat, aby se minimalizoval negativní dopad na ucelený systém rehabilitace (Sládková, 2021). Matoušek (2010) uvádí: “*Kvalita života lidí se zdravotním znevýhodněním souvisí rovněž s jejich uspokojením v rodině.*” V rodinách, ve kterých se

narodilo dítě se zdravotním znevýhodněním nastávají jisté problémy a postupně dochází k fázím vyrovnávání se s postižením dítěte a stabilita rodiny a fungování všech jejích subsystémů je testem pro vzájemné vztahy (Matoušek et al., 2010, s.98).

2.7 Case management

Case management nebo také koordinovaná péče je způsob práce, která zahrnuje interprofesní tým podporovaný zastřešující organizací a partnerskými organizacemi (Geregová & Nepustil, 2020). Dle Metodiky case managementu (2020) je case management komplexní přístup k poskytování služeb uživatelům, který zahrnuje koordinaci, plánování, monitorování a hodnocení poskytované pomoci, jehož cílem je efektivně řídit poskytovanou pomoc tak, aby uživatel dosáhl svých cílů a potřeb. Tento přístup je často využíván v oblasti sociálních služeb a zdravotnictví, kde je zapotřebí koordinovat různé druhy podpory a péče poskytované uživatelům s komplexními potřebami a může tak zahrnovat spolupráci s různými odborníky a organizacemi, plánování individuálních cílů a sledování pokroku uživatele (Dosoudilová, 2020).

Dle JA Case Management organizace (2018) je case management přístup, který zahrnuje širší škálu úkolů, zaměřuje se na zotavení jako celek a spojuje všechny aspekty do jedné úspěšné cesty. Může zahrnovat organizaci plánu péče a mnoho dalších aspektů zotavení. Nezaměřujeme se pouze na úraz, ale na vše, co ovlivňuje, a na to, jak může překonat všechny potíže, kterým uživatel nebo rodina čelí (AJ Case Management, 2018).

Nepustil (2020) dělí case management na případy sdílené týmem neboli týmový case management a případy vedené jedním pracovníkem, tedy individuální case management. Dle Dosoudilové (2020) se týmový case management se zaměřuje na spolupráci a koordinaci mezi managery a dalšími odborníky, jako jsou například zdravotnická zařízení, sociální služby, právníci, zaměstnavatelé a další, kteří poskytují péči a podporu uživatelům s komplexními potřebami. Týmový case management zahrnuje plánování individuálních cílů pro uživatele, koordinaci a sledování poskytování služeb a spolupráci s různými odborníky a organizacemi, aby byla zajištěna potřebná podpora a péče pro každého uživatele (Dosoudilová, 2020).

Dle Nepustila (2020) základními prvky case managementu jsou kontaktování, assessment, plánování, propojování, prosazování práv a zájmů a monitorování. Článek *Koordinovaná podpora – case management na obcích a její význam* (2023) popisuje šest

fázi, mezi které řadí mimo kontaktování, assessmentu a plánování, také koordinaci, monitorování a advokacii. Tyto jednotlivé fáze popisuje Sedlářová (2023) v článku takto:

1. Kontaktování a vyhledávání uživatelů – case manager má za úkol v této fázi pravidelně informovat občany, poskytovatele pomoci a příslušné orgány o své činnosti a přínosu pro komunitu. Toho dosahuje prostřednictvím osobních setkání s poskytovateli pomoci a úřady, publikováním článků v místních novinách a prezentací na webových stránkách, jak svých vlastních, tak i spolupracujících organizací.
2. Zhodnocení neboli assessment – během této fáze se case manager aktivně snaží prohlubovat své porozumění uživateli. Hodnocení se provádí po celou dobu spolupráce mezi case managerem a uživatelem
3. Plánování – case manažer strategicky plánuje opatření a podporu, které jsou nezbytné pro uspokojení potřeb uživatele a do kterého je on a jeho rodina zapojena. Manažer respektuje uživatelova rozhodnutí a přizpůsobuje plán dle změn
4. Implementace a koordinace – během této fáze se case manager zabývá sestavením plánu, stanovením jeho cílů a rozhodováním o konkrétních krocích potřebných k vytvoření realistického plánu pro uživatele. Klíčovou součástí je efektivní vedení případu, správa informací a úspěšná komunikace s ostatními zapojenými subjekty v síti pomoci, a schopnost pružně reagovat na změny
5. Monitorování – fáze zahrnuje systematické vyhodnocování a přehodnocování spolupráce s uživatelem. Poskytuje důležitou zpětnou vazbu a informace, které umožňují ověření účinnosti a efektivity práce case managera
6. Advokacie – zahrnuje aktivní obhajobu práv a zájmů uživatelů

Metoda case managementu propojuje různé složky systému služeb, včetně sociálních a zdravotních služeb, státní správy, pečujících osob a dalších, kdy case manager je specialistou ve svém oboru a vždy pracuje jako součást interprofesního týmu, buď v rámci jedné organizace nebo v týmu složeném z profesionálů z různých organizací a neformálních osob (Sedlářová, 2023).

V článku, *Co je to case management?* (2021), tým Centra pro důstojné stárnutí popisuje case management jako profesionální metodu sociální práce, která pomáhá uživatelům v nepříznivé životní situaci za pomoci většího množství služeb. Tato metoda zahrnuje týmovou spolupráci mezi uživatelem, case managerem, pečujícími, poskytovateli sociálních a zdravotních služeb a ostatními profesionály i neprofesionály podílejícími se na uspokojení potřeb a řešení nepříznivé životní situace uživatele. Hlavním cílem case

managementu je zajistit, aby uživatel obdržel pomoc, která je bezpečná, včasná, účinná, hospodárná, spravedlivá a zaměřená na jeho přání (Tým Centra pro důstojné stárnutí, 2021).

2.7.1 Case management v sociálních službách

Case management v sociálních službách ztělesňuje komplexní péči a funguje jako navigační systém v řadě služeb pro jednotlivce a rodiny v obtížných životních situacích (McArthur, 2024). Agentura pro sociální začleňování (2023) popisuje na svých webových stránkách pojem case management a jeho rozdělení. Dle agentury case management zefektivňuje týmovou spolupráci při řešení problematické situace uživatele, kdy je zapotřebí koordinace více služeb, institucí či organizací. Dále ho rozděluje na individuální a týmový case management, kdy při individuálním terénní sociální pracovník je sám zodpovědný za kvalitu postupů zvolených společně s uživatelem, tzn. kdy a jakou službu zvolí, aby vstoupila do řešení jeho situace. Nepracuje tedy v týmu, ale samostatně. Týmový case management se dále dělí na vnitřní, kdy se na řešení situace uživatele podílí několik služeb jedné organizace a vnější, kdy je zapojeno více různých subjektů. Týmy mohou mít pasivní přístup, kde jsou v osobním kontaktu minimálně a dorozumívají se prostřednictvím e-mailu nebo telefonicky nebo aktivní přístup, kdy se pravidelně scházejí a společně s uživatelem hledají možnosti řešení jeho situace a zda je daný přístup vhodně zvolený (Odbor pro sociální začleňování MMR, 2019). Dle agentury je vždy je nutné stanovit klíčového pracovníka (většinou se jedná o sociálního pracovníka), který má na starosti přehled o jednotlivých krocích a procesu případu uživatele. Pro aktivní setkávání členů týmu case managementu se využívá nástroj s názvem případová konference, kdy se jedná o schůzku minimálně tří stran vedenou facilitátorem nebo-li nezávislou osobou (Odbor pro sociální začleňování MMR, 2019). Případová konference má dle agentury jasně stanovený průběh, kdy se začíná úvodním slovem o cíli a času konference, představení jednotlivých subjektů zainteresovaných do situace uživatele, mapování aktuálních potřeb uživatele a mapování z pohledu jednotlivých subjektů, návrh na možná řešení, diskuze a výstupem je plán postupu (rozdělení úkoly, stanovení cílů...).

2.7.2 Role case managera

Dle webové stránky Neztratit se ve stáří (2023) je role case managera v systému sociálních a zdravotních služeb klíčová pro poskytování komplexní péče, kdy není pouze koordinátorem služeb, ale také advokátem potřeb uživatele, facilitátorem komunikace v

týmu, zdrojem opory pro uživatele a prezentátorem výsledků své práce v komunitě. Jeho hlavní odpovědnosti zahrnují vedení případu, sjednocení týmu, získání souhlasu uživatele se sdílením informací, vytvoření sdíleného prostoru k případu uživatele, pomoc při prosazování práv a zájmů uživatele a další (Sue Ryder Neztratit se ve stáří, 2023). Dle Dosoudilové (2020) case manager hraje důležitou roli při koordinaci a řízení týmu, aby byla zajištěna efektivní a koordinovaná péče pro uživatele. Důležitou součástí role case managera v týmovém case managementu je také sledování a hodnocení kvality poskytovaných služeb a spolupráce s ostatními odborníky a organizacemi (Dosoudilová, 2020). Dle článku *Social Work Case Management Guide for 2024* case manageri jednají v souladu s individuálními přesvědčeními, kulturou, náboženstvím a potřebami svých uživatelů. Jejich úkolem je pomoci uživatelům a jejich rodinám vyhodnotit jejich možnosti a rozhodnout se pro nejlepší řešení pro každého jednotlivce (Plan Street, 2021). Dále dle článku s názvem, *Kdo je case manager a proč ho česká společnost potřebuje?* má case manager za úkol zajistit efektivní využití dostupných zdrojů uživatele a propojení různých forem pomoci s cílem řešit obtížné životní situace a hledat tak funkční spolupráci mezi zdravotnickými a sociálními službami. Kompetenční profil case managera zahrnuje vzdělání v oblasti zdravotnictví a sociální práce, schopnost budovat interprofesní týmy a vyjednávat, a také schopnost implementovat intervence k úspěšnému řešení problémů uživatele a vyhodnocovat výsledky péče (Sue Ryder Neztratit se ve stáří, 2023). Samotný výkon práce case managera je v západních zemích podmíněn absolvováním specializovaného vzdělávání, někde jako samostatný obor vysokoškolského studia, jinde jako specializovaný akreditovaný kurz ukončený certifikací (Tým Centra pro důstojné stárnutí, 2021).

Mnoho autorů považuje sociální pracovníky za ideální kandidáty pro tuto pozici, protože case management je praxí spojující zdravotní a sociální péči s orientací na uživatele a znalostí zdrojů (Sue Ryder Neztratit se ve stáří, 2023). I když case manager a sociální pracovník pracují v oblasti sociálních služeb, pomáhají uživatelům zvládat náročné životní situace a vykonávají mnoho podobných povinností, jedná se o výrazně odlišné profese (Grand Canyon University, 2022). Rozdíl mezi sociálním pracovníkem a case managerem je dle Grand Canyon University (2022) v náplni jejich pracovních činností, kdy sociální pracovník přímo poskytuje uživatelům některé potřebné služby a nabízí doporučení na jiné služby a naproti tomu case manager působí jako tvůrce plánu a koordinátor, který uživatele propojuje se službami, jež potřebují k překonání životních problémů.

Case manager by měl dle Sociálních novinek (2023) mít tyto základní vlastnosti:

- výborně a efektivně komunikovat (verbálně i nonverbálně, srozumitelně sdělovat informace uživatelům, efektivně komunikovat),
- naslouchat,
- kriticky myslet (analyzovat získané informace),
- vyjednávat a efektivně spolupracovat,
- hájit zájmy uživatele a vhodně zasahovat a podporovat uživatele při vlastním jednání s dalšími aktéry pomoci,
- rozeznat u uživatele vhodnou dobu k nabídnutí pomoci a zároveň v pravý čas iniciovat její ukončení,
- akceptovat právo volby uživatele a posilovat jeho silné stránky.

Čeští odborníci na téma case managementu a koordinace dodali ještě další znalosti a dovednosti, mezi které řadí orientaci v sociálních službách, zdravotních službách i další aktérech v regionu, musí znát místní dostupnost služeb a jejich koncept, vytváří síť pomoci, orientuje se v právních předpisech i sociálně právní problematice, umí strategicky plánovat a dokáže pracovat se změnou (Sociální novinky, 2023).

3 Cíl práce a výzkumné otázky

3.1 Cíl práce

Cílem je analyzovat reálnou podobu a průběh procesu poskytování podpory dostupnými prostředky uceleného systému rehabilitace a její koordinaci v centru ARPIDA z pohledu rodičů uživatelů s důrazem na využití case managementu. Diplomová práce je tak zaměřena na vnímání uceleného systému rehabilitace rodiči uživatelů centra pro děti, mladistvé a dospělé s tělesným a kombinovaným postižením. V centru ARPIDA je klíčová spolupráce interprofesního týmu, přičemž rodiče jsou vnímáni jako partneři a přirozená součást týmu odborníků. Pro centrum, které poskytuje koordinovanou podporu v oblastech sociálních, zdravotních, výchovně vzdělávacích a pracovních, je velmi důležité znát pohled rodičů uživatelů na koordinaci a průběh procesu a tím tak podpořit jejich partnerskou roli v interprofesním týmu. Diplomová práce tak může sloužit jako podklad pro zlepšení procesu uceleného systému rehabilitace v centru ARPIDA.

3.2 Výzkumné otázky

- Jak rodiče uživatelů vnímají proces podpory uceleného systému rehabilitace?
- Jak rodiče uživatelů vnímají koordinaci podpory a týmovou spolupráci s důrazem na využití case managementu?

4 Metodika

Pro diplomovou práci byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie, metoda dotazování a technika sběru dat polostrukturovaný rozhovor, který je částečně řízený s předem připravenými otázkami. Data byla zpracována pomocí otevřeného kódování a předpokládaným využitím Interpretativní fenomenologické analýzy (IPA).

4.1 Metody a techniky výzkumu

Diplomová práce byla zpracována pomocí kvalitativní výzkumné strategie, která je dle Hendla (2016) zaměřena na vyhledávání nových informací v přirozených podmínkách sociálního prostředí v malých sociálních jednotkách. Dle autora se jedná se o pružný výzkumný plán, který se mění na základě dosud získaných výsledků a hlavním cílem je zjistit zájmy, motivace účastníků a hodnotové orientace. Tento přístup umožňuje hloubkové studium jednotlivých případů a identifikaci propojení a závislostí mezi událostmi (Hendl, 2016).

V průběhu výzkumu byla zvolena metodika dotazování a sběr dat formou polostrukturovaného rozhovoru, který je částečně řízen a obsahuje předem připravené otázky, které jsou uvedeny v příloze č. 1. Během rozhovorů bylo upraveno pořadí položených otázek podle reakcí respondentů a vztahu k předchozím odpovědím. Informanti na začátku rozhovoru byli podrobně informováni o průběhu rozhovoru, zacházení s citlivými informacemi řečenými během celého procesu, o zajištění jejich anonymity a nahrávání rozhovoru se kterým byli seznámeni před zapnutím diktafonu. Měli právo kdykoliv ukončit účast ve výzkumu. Byla jim položena otázka, zda se dobrovolně zapojují do výzkumu a souhlasí s podmínkami rozhovoru. Fixace získaných dat proběhla formou nahrávání rozhovoru na diktafon a následného pečlivého přepsání jeho obsahu. Informovaný souhlas je tak zaznamenán na nahrávkách a v následném přepisu z důvodu zajištění co nejvyšší anonymity informantů.

4.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořili rodiče uživatelů v různých životních etapách v centru ARPIDA. Informanti byli zvoleni na doporučení pracovníků a vybráni dle zastoupení služeb se všech složek uceleného systému rehabilitace (zdravotní, sociální služby, školská zařízení). Bylo uskutečněno 8 rozhovorů a výběr byl ukončen na základě saturace, kdy docházelo k opakování témat, názorů a rozhovory nepřinášely nové informace.

4.2 *Analýza dat*

Pro analýzu dat byla využita Interpretativní fenomenologická analýza (interpretative phenomenological analysis, dále jen IPA). Jedná se o kreativní kvalitativní přístup, který podrobně zkoumá subjektivní zkušenosti informantů a tím tak napomáhá k pochopení a porozumění člověka, v tomto případě rodiče uživatelů v daném centru. Napomáhá tak k pochopení prožitků rodičů a jaký význam přiřkládají určitým situacím souvisejících s procesem poskytování podpory uceleného systému rehabilitace v centru ARPIDA. Jde tedy o vnímání a zkušenosti informantů se zdravotními, sociálnímu a školnímu službami centra a týmovou spoluprací pracovníků za účelem podpory rodičů. IPA vychází z hermeneutiky, fenomenologie a idiografického přístupu, kdy hermeneutika napomáhá informantu pomocí tzv. hermeneutického kruhu porozumět svým zkušenostem s daným jevem a současně se výzkumník snaží pochopit, jak k tomuto porozumění došel. Fenomenologie se soustředí na zachycení jedinečných, prožitých zkušeností jednotlivců. Cílem IPA analýzy a výzkumníka je tyto zkušenosti podchytit a pochopit. Idiografický přístup se zaměřuje na jednotlivé informátory zvlášť a individuálně (Řiháček et al., 2013). Klíčovým principem této analýzy je tak subjektivní zkušenost rodičů s žitou skutečností a jaký význam jí připisují.

Analýza může vycházet z jednoho případu tzn. témata vzniklá z rozhovoru lze využít a zaměřit se na ně u dalších informantů nebo každý rozhovor analyzovat zvlášť a následně nalézt propojení mezi tématy (Řiháček et al., 2013). Byl zvolen první postup, kdy již během prvního rozhovoru vznikala témata, na které jsem se zaměřila u dalších informantů, ale zároveň byl ponechán prostor na vznik a vyhledávání nových myšlenek. K rozhovorům tak bylo přistupováno individuálně a vzniklá témata byla zaznamenávána do MS Word dokumentu, kde se následně zpracovala dle postupu IPA analýzy.

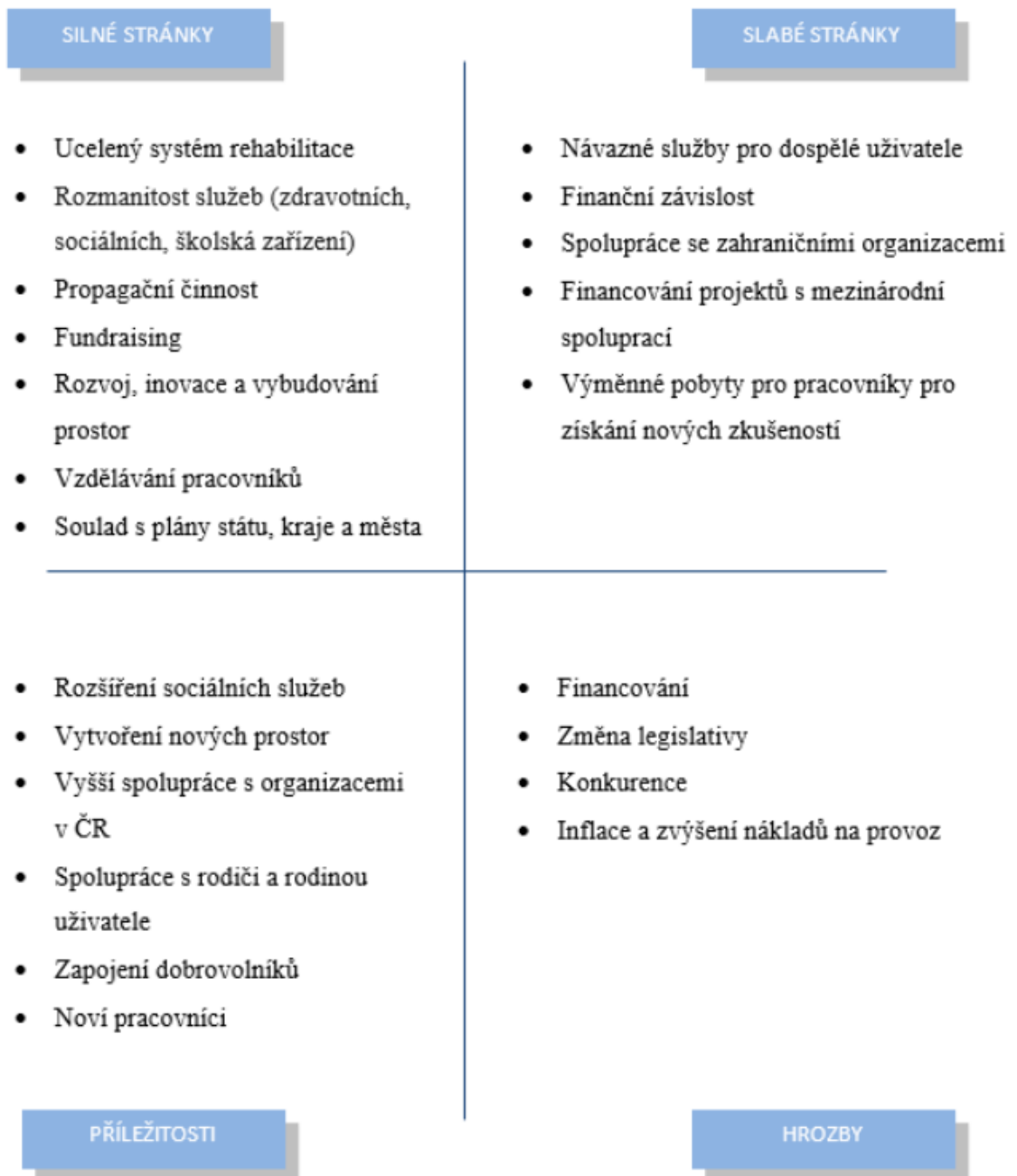
Obecně postup IPA Řiháček et al. (2013) popisuje následovně:

0. Reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu (také nultá fáze)
 1. Čtení a opakované čtení
 2. Počáteční poznámky a komentáře
 3. Rozvíjení vznikajících témat
 4. Hledání souvislostí napříč tématy
 5. Hledání vzorců napříč případy
 6. Prezentace výsledků

4.2.1 Reflexe vlastní zkušenosti s tématem uceleného systému rehabilitace

V první fázi, nazývané též "nulová fáze", je klíčové reflektovat vlastní zkušenost s tématem výzkumu, tedy jaké mám zkušenosti s procesem podpory uceleného systému rehabilitace v daném zařízení a jak vnímám provázanost a týmovou spolupráci mezi pracovníky centra. Během mé odborné praxe jsem měla možnost toto centrum navštívit a lépe tak porozumět konceptu uceleného systému rehabilitace. Pomocí analýzy dokumentů, jako je Výroční zpráva centra ARPIDA za rok 2022 a Dlouhodobý plán rozvoje centra ARPIDA na roky 2015-2025, byla zhotovena SWOT analýza (obr. 1 níže), která se používá k posouzení silných stránek (Strengths), slabých stránek (Weaknesses), příležitostí (Opportunities) a hrozeb (Threats) spojených s určitým podnikem, v tomto případě centrem, a pomohla mi se tak lépe orientovat v systému provázanosti jednotlivých služeb (zdravotních, sociálních, školských). Tato reflexe pomáhá pochopit vlastní motivaci k provádění výzkumu a roli informantů v celém procesu.

Silné stránky organizace zahrnují systém uceleného systému rehabilitace, který propojuje zdravotní, sociální, pedagogické a pracovní složky. Dále je zde rozmanitost poskytovaných služeb, jako jsou denní stacionář, odlehčovací služby, fyzioterapie, ergoterapie, odborní lékaři a klinická logopedie, pokrývající potřeby od předškolního až po středoškolské vzdělání. Organizace se také vyznačuje aktivní propagační činností, využívající sociální sítě či spolupráci se známými osobnostmi. Široký fundraising zahrnuje veřejné sbírky, akce koncerty, dárce, spolupráci, granty a dotace, což poskytuje finanční stabilitu. Dále organizace investuje do rozvoje, inovací a výstavby nových prostor, a nabízí vzdělávání pracovníků. Naopak, mezi slabé stránky organizace patří nedostatek návazných služeb pro dospělé uživatele, finanční závislost, spolupráce se zahraničními organizacemi, financováním projektů s mezinárodní spoluprací a výměnnými pobyty pro pracovníky. Příležitosti pro organizaci zahrnují možnost rozšíření sociálních služeb, vytvoření nových prostor, vyšší spolupráci s organizacemi podobného zaměření v ČR i v zahraničí, zapojení rodičů a rodiny uživatele do podpory jeho života, zapojení dobrovolníků do sociálních služeb a akcí, a příležitost získat nové pracovníky. Hrozby pro organizaci zahrnují potenciální změnu legislativy, inflaci a zvýšení nákladů na provoz, konkurenci a obtíže s financováním.



Obrázek 1 - SWOT analýza centra ARPIDA

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

4.2.2 Čtení a opakované čtení

Po nulté fázi následuje první fáze s názvem čtení a opakované čtení, která zahrnuje opakované studium přepisů rozhovorů nebo poslech nahrávek. Nejprve byly rozhovory přepsány do MS Word dokumentu, ve kterém byly rozděleny otázky výzkumníka a odpovědi informantů do jasně vymezených odstavců. Otázky výzkumníka jsou tak označeny na začátku odstavce velkým písmenem D a odpovědi jednotlivých informantů jsou označeny IN1 až IN8, dle přiřazení náhodného čísla k jednotlivým rozhovorům. Následovala kontrola přepsaného textu s nahrávkou, kde byl kladen důraz na správné pochopení odpovědí informantů a na správný doslovný přepis a význam slov. Při opakovaném čtení textu jsem zaznamenala podobnosti v názorech jednotlivých informantů a tvořila se tak první témata. Tyto shody jsem pozorovala již při rozhovorech a zaznamenala je, pro případ opakování se v dalších konverzacích. Vzhledem k mé osobní zkušenosti s centrem jsem i více vnímala odpovědi informantů a pomohlo mi to v jejich porozumění. Opakovaným a podrobným čtením jsem se zaměřila na perspektivu rodičů, viděla svět jejich očima a získala tak vhled do daného případu.

4.2.3 Počáteční poznámky a komentáře a rozvíjení vznikajících témat

Další fáze jsou nejpodrobnější, kdy výzkumník pečlivě zaznamenává první poznámky a komentáře, aby zachytil veškeré podněty. Pomocí komentářů v MS Word jsem zachytila veškeré informace směřující k tématu, ale i citově zabarvená slova, zajímavé slovní obraty či shody mezi informanty, které jsem již pozorovala při vedení rozhovoru (seznam poznámek a komentářů je k nahlédnutí u autorky diplomové práce). Tyto poznámky slouží k hledání hlavních témat, která jsem následně uspořádala a dala do souvislostí.

4.2.4 Hledání souvislostí napříč tématy a případy

Následně se hledají vztahy mezi tématy a tento proces se opakuje pro každého informanta, čímž vznikají hlavní společná témata, jež jsou dále analyzována a hledají se vzorce napříč všemi rozhovory. Postupně se vytváří konečný seznam témat.

4.2.5 Prezentace výsledků

V poslední fázi jsou interpretovány výsledky za pomoci přímých citací informantů s důrazem na citově zabarvená slova, věty či témata. Výsledky tak zahrnují vnímání rodičů od celého procesu uceleného systému rehabilitace, spolupráci s pracovníky,

komunikaci až po celkovou podporu ze strany centra podložené emocemi a subjektivními zážitky.

4.4 Etika výzkumu

Před zahájením rozhovorů a jejich nahráváním byli informanti plně poučeni o tématu diplomové práce, postupech, které se musí při kvalitativním výzkumu dodržovat a o průběhu rozhovoru a jeho nahrávání. Dostali tak informace o názvu diplomové práce, jejím zaměření a jméno fakulty. Byli poučeni o průběhu rozhovoru a jeho nahrávání, nakládání s informacemi, anonymitě a právu kdykoliv od výzkumu odstoupit. Všichni informanti souhlasili s nahráváním rozhovoru a dobrovolně se zúčastnili rozhovoru pro výzkum do této diplomové práce. Informovaný souhlas je zaznamenán na nahrávce a v následném přepisu. Byla schválena žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování diplomové práce a souhlas s uveřejněním názvu organizace v diplomové práci ředitelem centra ARPIDA. Tyto dokumenty jsou přílohou č. 2 a 3 této diplomové práce.

Všechny osobní údaje byly v rámci výzkumného projektu zpracovány v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES. Výzkum dále proběhl v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů ve znění pozdějších předpisů.

5 Výsledky

Témata, která vznikla pomocí IPA analýzy, byly převedeny do narativní podoby a prezentace výsledků začíná jejich jednotlivým výčtem, tedy popisem hlavních témat. Pomocí IPA analýzy tak vzniklo 13 hlavních témat, která se opírají o výzkumné otázky a cíl diplomové práce (tab.1 níže). Dále jsou detailněji charakterizované hlavní myšlenky informantů na hlavní témata zahrnující jejich vnímání procesu uceleného systému rehabilitace, spolupráci s pracovníky, komunikaci nebo celkovou podporu ze strany centra. Výsledky jsou podloženy emocemi a subjektivními zážitky a text je doplněn o přímou citaci z rozhovorů.

Tabulka 1 - Seznam témat IPA

Seznam témat
Vnímání uceleného systému rehabilitace jako pojmu
Vnímání provázanosti jednotlivých služeb
Jaké služby v nabídce centra chybí
První kontakt s centrem
Vnímání komunikace pracovníků centra s rodiči
Na koho se mohou rodiče v případě potřeby obrátit
Vnímání spolupráce s klíčovým pracovníkem
Vnímání podpory ze strany pracovníků
Vnímání spolupráce mezi pracovníky
Jak rodiče vnímají roli v interprofesním týmu
Interprofesní setkání s pracovníky
Vnímání zapojení case managera
Jaké slabé a silné stránky procesu uceleného systému rehabilitace rodiče vnímají

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Mezi hlavní témata, která vznikla při IPA analýze a jsou uvedena v tabulce 1 výše, patří vnímání uceleného systému rehabilitace jako pojmu, vnímání provázanosti jednotlivých služeb, jaké služby v nabídce centra chybí, první kontakt s centrem, vnímání komunikace pracovníků centra s rodiči, na koho se mohou rodiče v případě potřeby obrátit, vnímání spolupráce s klíčovým pracovníkem, vnímání podpory ze strany pracovníků, vnímání spolupráce mezi pracovníky, jak rodiče vnímají roli v interprofesním týmu, interprofesní

setkání s pracovníky, vnímání zapojení case managera a jaké slabé a silné stránky procesu uceleného systému rehabilitace rodiče vnímají.

5.1 Výsledky interpretativní fenomenologické analýzy

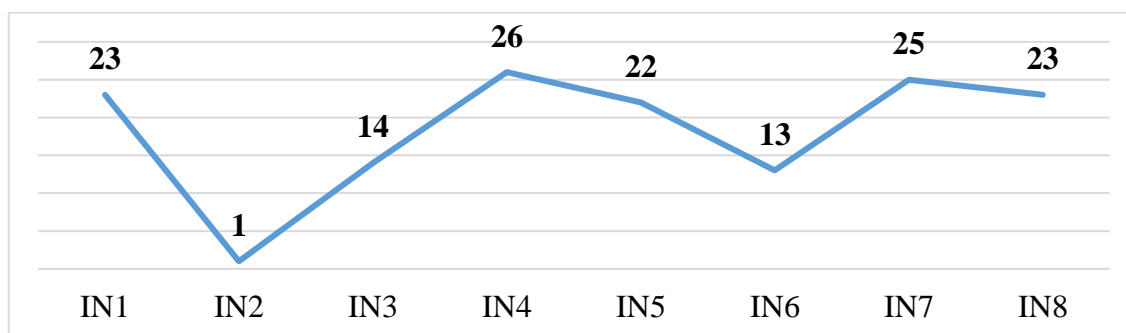
Výzkumný soubor tvořili rodiče uživatelů v různých životních etapách v centru ARPIDA a byli zvoleni na doporučení pracovníků a dle zastoupení služeb se všech složek uceleného systému rehabilitace (zdravotní, sociální služby, školská zařízení). Právě výběr dle zastoupení služeb ve všech složkách uceleného systému rehabilitace se odrazilo na době, po kterou uživatelé služby centra využívají. Informanti neboli rodiče uživatelů odpovídali na otázku, jak dlouho využíváte služby centra, a nejčastěji uváděli využívání služeb přes 20 let (viz tab.2 níže).

Tabulka 2 - Počet let využívání služeb

Číslo informanta	IN1	IN2	IN3	IN4	IN5	IN6	IN7	IN8
Počet let v centru	23	1	14	26	22	13	25	23

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Dle tabulky 2 výše nejvíce let využívá služby centra uživatel informanta s číslem 8, který využívá služby 26 let a má tak zkušenosti s centrem skoro od jeho založení. Mezi 22 a 25 lety využívají služby centra čtyři uživatelé a dva mezi 13 a 14 lety. Jeden uživatel využívá služby pouze rok, avšak využívá služby ze všech tří složek. Tento propad a zároveň rozložení let, během kterých uživatelé informantů využívali služby centra znázorňuje obrázek 2 níže.



Obrázek 2 - Počet let využívání služeb

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

S tématem procesu uceleného systému rehabilitace souvisí samozřejmě to, jaké služby centra uživatelé informantů využívají a s kým komunikují. Díky tomu, že většina

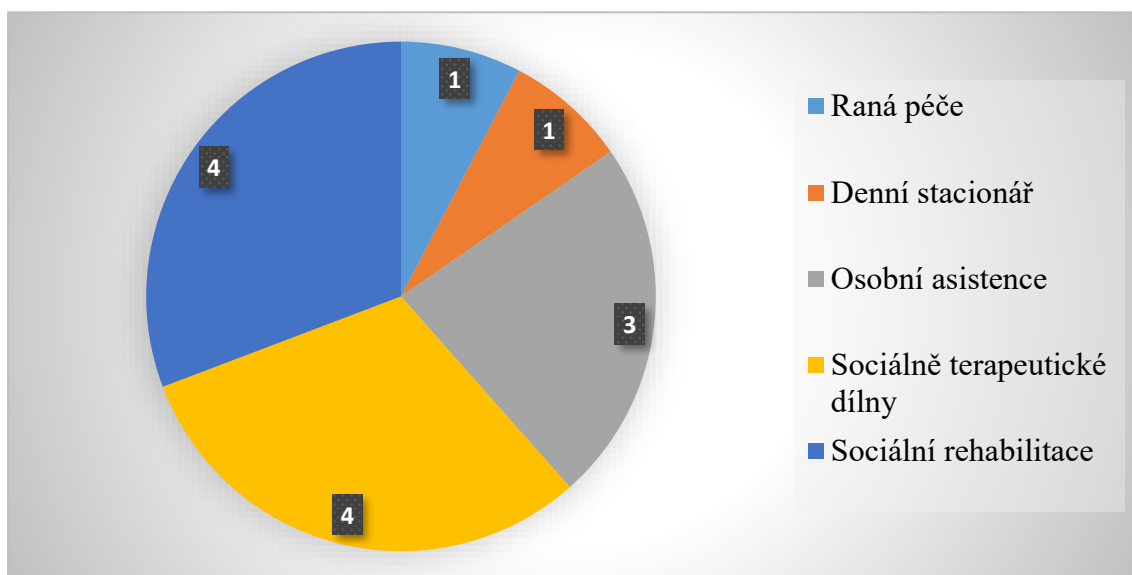
uživatelů využívá služby centra déle než 20 let, mají zkušenosti s více službami a pracovníky. Prošli procesem od školských zařízení až po návazné sociální služby pro dospělé uživatele. V tabulce 3 níže je znázorněno, jaké sociální služby uživatelé využívají.

Tabulka 3 - Využívané sociální služby

	IN1	IN2	IN3	IN4	IN5	IN6	IN7	IN8
Raná péče		x						
Denní stacionář						x		
Osobní asistence			x		x		x	
Sociálně terapeutické dílny				x	x		x	x
Sociální rehabilitace	x			x	x		x	

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Nejvíce uživatelů tak využívá sociálně terapeutické dílny a sociální rehabilitaci. Důležitou součástí je také osobní asistence. Následuje denní stacionář a raná péče, která vznikla jako sociální služba až v pozdějších letech, a proto ji více uživatelů při vstupu do centra nevyužívalo. Rozdělení využívaných sociálních služeb graficky znázorňuje obrázek 3 níže.



Obrázek 3 - Využívané sociální služby

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Dle obrázku 3 výše uživatelé využívali sociálně terapeutické dílny a sociální rehabilitaci. Tři uživatelé osobní asistenci a po jednom uživateli ranou péčí a denní stacionář.

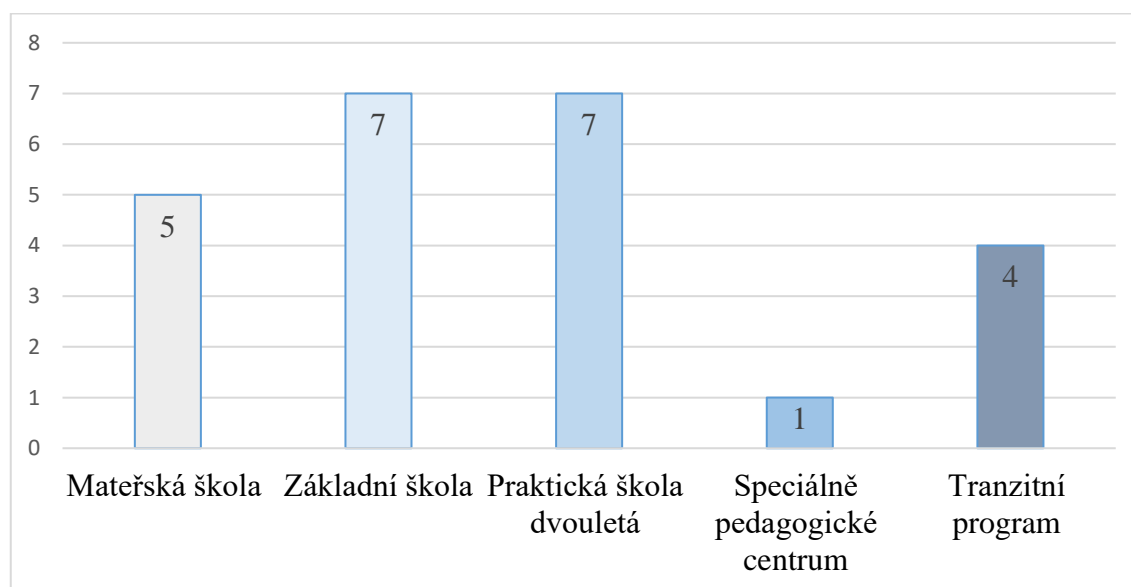
Většina uživatelů prošla školskými zařízeními centra od školky až pro praktickou školu dvouletou. 5 uživatelů tak využívalo služby od školy a po praktické škole 4 navázali na tranzitní program, který napomáhá s přechodem ze školy do dospělého života, tzn. do zaměstnání či do speciálně terapeutických dílen. Tabulka 4 níže znázorňuje využití těchto služeb a také využití speciálně pedagogického centra jedním uživatelem. Informant č.2 a jeho uživatel nevyužili žádná školská zařízení, neboť zatím využívá ranou péči a uživatel nedosáhl věku pro školku.

Tabulka 4 - Využívaná školská zařízení

	IN1	IN2	IN3	IN4	IN5	IN6	IN7	IN8
Mateřská škola	x		x	x	x			x
Základní škola	x		x	x	x	x	x	x
Praktická škola dvouletá	x		x	x	x	x	x	x
Speciálně pedagogické centrum			x					
Tranzitní program	x		x		x		x	

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Na obrázku 4 níže jsou znázorněny školská zařízení a počet uživatelů, kteří tyto služby využívali či využívají. Nejvíce, tedy 7 uživatelů využívalo základní a následně praktickou školu, 5 z nich využívalo i školku a 4 navázali na tranzitní program. Jeden uživatel využil speciálně pedagogické centrum.



Obrázek 4 - Využívaná školská zařízení

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

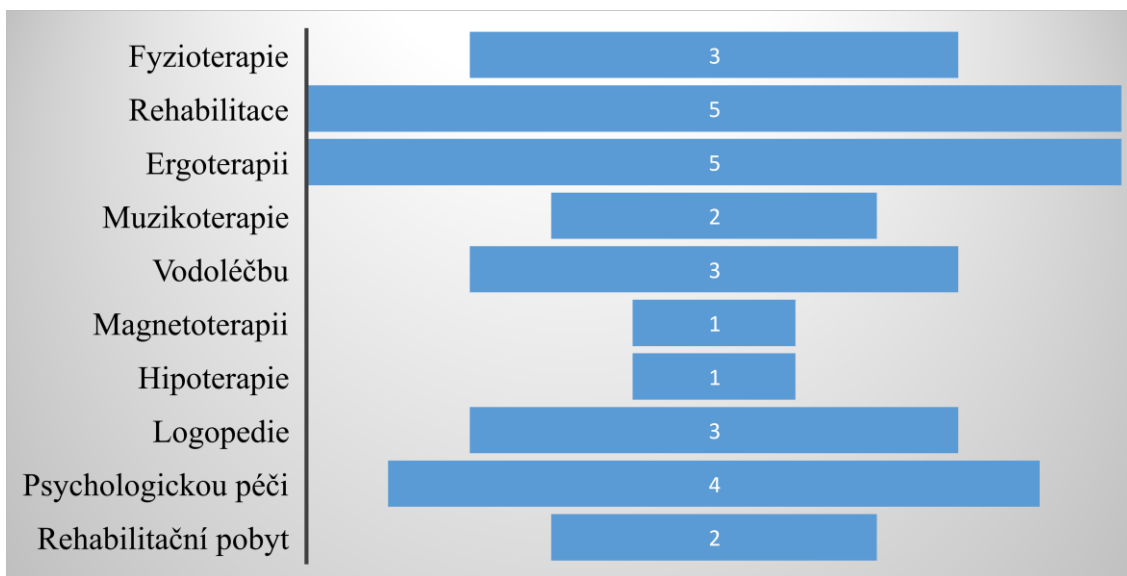
Jaké zdravotní služby uživatelé jednotlivých informantů využívali, popisuje tabulka 5 níže. Centrum nabízí širokou škálu zdravotních služeb, kdy každý uživatel využívá služby dle jeho zdravotního stavu a míry postižení. Nejvíce služeb využíval uživatel informanta č.1, který využíval fyzioterapii, ergoterapii, muzikoterapii, magnetoterapii, logopedii, psychologickou péči, rehabilitační pobyty a vodoléčbu. Nejméně služeb využíval uživatel informanta č. 4 a 8, a to rehabilitaci. Uživatel IN2 využíval ergoterapii, muzikoterapii, psychologickou péči a rehabilitační pobyty. Uživatel IN3 fyzioterapii, rehabilitaci, ergoterapii, logopedii a psychologickou péči. IN5 uvedl fyzioterapii, ergoterapii a vodoléčbu. IN6 rehabilitaci, ergoterapii, muzikoterapii, vodoléčbu a logopedii a IN7 uvedl, že uživatel využíval rehabilitaci a psychologickou péči.

Tabulka 5 - Využívané zdravotní služby

	IN1	IN2	IN3	IN4	IN5	IN6	IN7	IN8
Fyzioterapie	x		x		x			
Rehabilitace			x	x		x	x	x
Ergoterapie	x	x	x		x	x		
Muzikoterapie		x				x		
Vodoléčba	x				x	x		
Magnetoterapie	x							
Hipoterapie	x							
Logopedie	x		x			x		
Psychologická péče	x	x	x				x	
Rehabilitační pobyt dítěte s rodičem	x	x						

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Rozdělení dle četnosti využívání služeb zobrazuje obrázek č. 5 níže. Nejvíce využívanými zdravotními službami jsou ergoterapie a rehabilitace v počtu 5 uživatelů, což odpovídá na důležitost těchto služeb u uživatelů s tělesným či kombinovaným postižením. Výraznou službou je také psychologická péče (4 uživatelé), o které se nadále rodiče, tedy informanti zmiňují ve vztahu k řešení jejich obtížné situace. Následuje fyzioterapie, vodoléčba a logopedie, kdy každou z nich využívají tři uživatelé. Dva uživatelé využívali muzikoterapii a rehabilitační pobyty. Nejméně využívanými službami jsou magnetoterapie a hipoterapie v počtu jednoho uživatele.



Obrázek 5 - Využívané zdravotní služby

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

5.1.1 Vnímání uceleného systému rehabilitace jako pojmu

Vzhledem ke zkoumanému cíli, jak vnímají rodiče proces uceleného systému rehabilitace byla informantům položena otázka, co si představují pod pojmem koordinovaná nebo ucelená rehabilitace. Tyto pojmy byly použity, aby informanti lépe porozuměli položené otázce a podstatě uceleného systému rehabilitace. Někteří informanti tento pojem slyšeli poprvé navzdory tomu, že služby, které v centru využívají, fungují právě na tomto principu. Informanti si také ucelený systém rehabilitace pojili s léčebnou rehabilitací a popisují ji jako protahování či cvičení celého těla. Informant č. 2, 3, a 7 vnímají rehabilitaci jako pohled na člověka ze všech stran a rozvíjení jeho dovedností. „*To je o čem se celou dobu povídáme, to znamená pojmout toho člověka ze všech. Ze všech stránek toho, já nevím, čeho bytí nebo lidství, nebo jak to mám říct, prostě podchytit ho jak po stránce zdravotní školní, sociální, psychologické a nevím co.*“ (IN3). Shrnutí vnímání uceleného systému rehabilitace popisuje obrázek 6 níže, kdy pro informanty byl pojem spíše neznámí nebo ho považovali za zdravotní rehabilitaci. Jen někteří informanti považovali rehabilitaci za možnost pohledu na člověka ze všech stran.



Obrázek 6 - Vnímání pojmu

Vlastní výzkum, 2024

5.1.2 Vnímání provázanosti jednotlivých služeb

V procesu uceleného systému rehabilitace je kromě zastoupení všech zdravotních, sociálních, pedagogických a pracovních složek, důležité také propojení jednotlivých služeb a jejich plynulá návaznost. Informanti tak odpovídali na otázku, jak toto propojení služeb vnímají v centru ARPIDA, zda je návaznost mezi nimi plynulá a jak probíhal přechod uživatelů do návazných služeb. Informant č. 1 jedna uvádí, že pracovníci pečlivě sledují přechod mezi službami, jako je například možnost návazných služeb po dokončení praktické školy dvouleté (sociálně terapeutické dílny, denní stacionář) a napomáhají rodičům při dalším výběru služeb. Je kladen důraz na plánování služeb tak, aby na sebe navazovaly a případně dochází k úpravám dle rodičů prostřednictvím telefonátů nebo psaných zpráv. Celkově informant č. 1 vnímá organizaci služeb v centru jako velmi dobrou. „*Centrum, jak jako to má nastavený, jak z toho vychází a to, tak to si myslím, že zase vnímám jako dobře.*“ (IN1). Informant č. 2 a 3 vnímají ucelenost systému služeb v centru. Informant č. 3 vnímá, že centrum se snaží uživatele podchytit ze všech stran a je založeno na uceleném systému rehabilitace. Péče o lidi se zdá být prioritou a ideálním stavem, který by mělo centrum dále naplňovat. „*Kdo centrum postavil chtěl, aby to bylo propojený, působí to na mě, že to tam takhle všechno funguje. Jinak to asi o ty lidi pečovat asi nejde si myslím.*“ (IN3). Služby na sebe dle informanta souvisle navazují. „*Jsem hrozně spokojená, protože tam to jde ta kontinuálně.*“ (IN3). Dle informanta č. 4 je propojení služeb efektivní a bez problémů. Služby jsou individualizovány podle potřeb uživatelů a přestup ze služeb je konzultován s pracovníky centra, kteří navrhuji

následující službu po vzájemné domluvě s rodinou a uživatelem. Pro uživatele byl přechod do návazných služeb snadný díky přátelskému a rodinnému prostředí, které v centru panuje. „*Propojení je skvělé, není žádný problém.*“ (IN4). I informanti č. 5 až č. 8 se shodují, že v centru jsou služby velmi dobře provázané a proces funguje bez problémů. Dle informanta č. 8 je velkou výhodou propojení služeb v jedné budově a díky známému prostředí, jak pro uživatele, tak rodiče, je přechod mezi službami snadný. Informant č. 6 vnímá provázanost a návaznost služeb takto: „*No jako myslím si, že to tam je všechno propojené, tak jak to prostě má být, jako za mě za rodiče. Prostě všechno jako výborný.*“ (IN6). Dle informanta č. 5 byl přechod mezi službami hladký a propojení úkonů v rámci služeb bylo efektivní bez zádrhelů a nejistoty. Centrum je nastaveno tak, že není důvod k odchodu. Rehabilitace funguje bezproblémově, a propojení služeb je zajištěno. Takto popisoval provázanost a návaznost služeb informant č. 7.

Informanti jsou s přechodem velmi spokojeni a služby na sebe kontinuálně navazují. Centrum ARPIDA díky nabídce široké škále služeb pokrývá složky uceleného systému rehabilitace od útlého věku dítěte až po dospělé uživatele.

5.1.3 Jaké služby v nabídce centra chybí

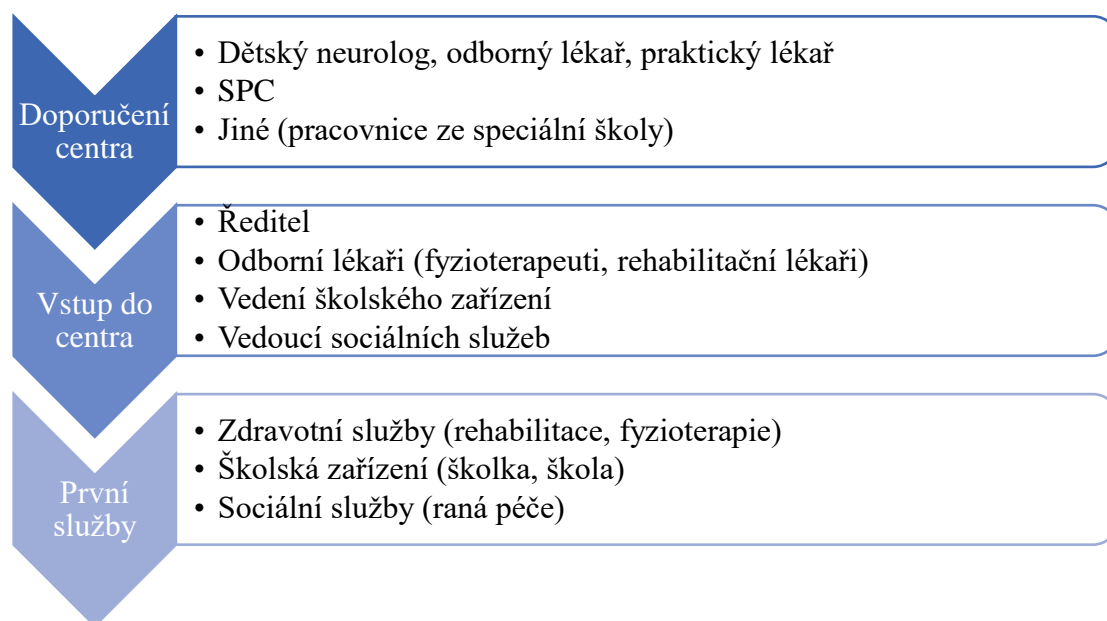
Centrum nabízí širokou škálu služeb pro osoby se zdravotním postižením, ale existují i oblasti, kde by se nabídka dala zlepšit. Dle informantů chybí služby pro dospělé po ukončení školní docházky a více možností pro aktivní trávení volného času. Informant č. 1 uvedl, že by uvítal možnost služeb i pro rodiče, při kterých si odpočinou. Jednou z možností je cvičení pro pečující a jak správně zacházet s uživatelem při jeho polohování, odpočinkové pobyty nebo možnost specializovaného hlídání dětí s postižením, kdy pracovníci mají zkušenosti s různým typem postižení a ví, jak s uživateli pracovat. Informant č. 3 vidí slabinu s návazných službách pro dospělé uživatele, kdy nejsou dostatečné prostory v centru a kapacita těchto služeb je tak vzhledem k počtu uživatelů nízká. „*Protože mě vůbec nenapadlo, že by mohlo nebejt místo potom v těch sociálních jako v té oblasti. Jo, když pak doděláš školu a že to opravdu tak je, že prostě je plno, tak mě to úplně hrozně zaskočilo.*“ (IN3). Informant č. 4 vnímá, že kvůli narůstajícímu počtu uživatelů navštěvují služby, například vodoléčbu, méně než dříve. Informant č. 5 navrhuje spolupráci s jinými centry, jako jsou společné akce či tábory, aby uživatelé měli možnost seznámení s jinými uživateli a mohli tak trávit čas i mimo rodinné příslušníky. Na tyto služby či akce mimo centrum není však dle informanta

dostatek pracovníků, ale jinak je nabídka služeb pestrá. Informant č.7 by uvítal možnost osobní asistence mimo centrum na doprovod uživatele domů či na jiné místo a informant č. 8 dobrovolníky na využití volného času uživatelů.

5.1.4 První kontakt s centrem

Na základě vnímání uceleného pohledu rehabilitace, měli informanti zhodnotit svůj vstup do centra a jak a s kým probíhala první komunikace o službách či dalších možnostech, tedy jak rodiče vnímali první vstup do centra a první kontakt s pracovníky centra. Informant č. jedna uvedl, že první kontakt probíhal s dětským neurologem (vedoucím lékařem) pracujícím v daném centru, kde se řešily záležitosti týkající se pobytů pro rodiče s dětmi a dalších zdravotních služeb. Uživatel následně nastoupil do mateřské školky a navštěvoval zdravotnické služby navrženými lékařem. Informant č. 1 nejvíce komunikoval s lékařem a fyzioterapeutkou. Informant č. 2 započal navštěvovat centrum při službě rané péče, kdy dostal doporučení od praktického lékaře. Toto setkání bylo pro ně velkou podporou, zejména v období, kdy ještě nebylo jasné, jakým směrem se jejich situace bude ubírat. Rozhodli se pro centrum kvůli pozitivní atmosféře a u uživatele viděli pokroky. „*Je to ohromná podpora pro lidi, který vlastně tápou.*“ Informant č. 3 dostal doporučení od speciálně pedagogické poradny, díky které začali využívat zdravotní služby centra a navštěvovat školku. První komunikace v centru probíhala s rehabilitačním lékařem a vedoucí sociální pracovníci. Informant č. 4 využívá služby centra od jeho založení, kdy pro uživatele hledali vhodné umístění a na základě informací se rozhodli pro centrum. Již tehdy byla péče kvalitní a dnes je situace ještě lepší. Informantu č. 5 doporučil centrum dětský neurolog a uživatel začal navštěvovat školu. Rodiče obdrželi dále informace o službách od třídního učitele a vedoucího sociálních služeb. „*Možnost navštěvovat centrum byla velice příjemná.*“ Vychovatelka ze speciální školy poskytla informace o centru informantu č.6. a na základě toho začali též využívat školku. Rodiče získali informace o službách z webových stránek a od praktického lékaře. Vstup do centra byl pro informanta č. 7 náročný kvůli míře postižení uživatele, ale pan ředitel nakonec umožnil jeho zařazení do školy. Rodina také komunikovala s dětským neurologem. Uživatel byl zařazen do centra s cílem být mezi svými vrstevníky a odpočinout si od svých rodičů. Po počátečních komplikacích je zkušenost s centrem velmi pozitivní. Informant č. 8 komunikoval a možnostech zařazení do centra s panem ředitelem a odbornými lékaři. První vstup popisuje jako dobrou zkušenost, kdy mu byla nabídnuta

podpora. „Když jsem se dozvěděla o centru, tak jsem byla šťastná, prostě, že tam může chodit, podpořili mě.“ (IN8).



Obrázek 7 - První kontakt s centrem

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Obrázek 7 výše popisuje, že nejčastěji bylo centrum ARPIDA doporučováno dětským neurologem, odborným nebo praktickým lékařem. Také centrum doporučovalo speciálně-pedagogické centrum a pracovníci z jiných organizací. Vstup do centra nejčastěji informanti komunikovali s ředitelem centra, odbornými lékaři, vedením školských zařízení nebo sociálních služeb. Prvními využívanými službami jsou zdravotnické služby, jako je rehabilitace nebo fyzioterapie, mezi školskými zařízeními je to školka nebo škola a mezi sociální služby se jako první řadí raná péče.

5.1.5 Vnímání komunikace pracovníků centra s rodiči

Informanti také během rozhovoru popisovali své zkušenosti s komunikací mezi nimi jako rodiči a profesionály, kteří se podílejí na rehabilitaci jejich dítěte. Šlo tedy o zjištění toho, jak v procesu uceleného systému a mezi jeho jednotlivými zdravotními, sociálními a vzdělávacími složkami funguje komunikace a předávání informací mezi pracovníky a rodiči.

Informant č. 1 uvedl, že komunikace se liší v závislosti na jednotlivém personálu ve službách centra, zejména v oblastech fyzioterapie, tranzitním programu a sociální rehabilitace. Komunikace mezi pracovníky je většinou dobrá a je možné se domluvit telefonicky nebo prostřednictvím zpráv, aby se vyřešily případné neshody v termínu či

jiná nedorozumění. Pracovníci z fyzioterapie a sociální rehabilitace mají obvykle dobrou komunikaci mezi sebou, ale existují situace, kdy není jasná komunikace ze strany fyzioterapeuta/y k rodiči. Termíny jsou obvykle domluveny podle potřeby, ale občas dochází k jejich zrušení na poslední chvíli ze strany fyzioterapeuta, která má potíže najít náhradu kvůli nedostatku personálu. Je však možné domluvit se na náhradním termínu a pracovníci se snaží vycházet rodině a jejich potřebách vstříc. „*Jo nějak to vždycky jako navazuje s tím, že oni to ví, že jsme zdaleka a víceméně nám vychází vstříc to zase jako jo.*“ (IN1). Každý fyzioterapeut má svůj vlastní názor na zdravotní stav, což může vést k různým přístupům. Došlo také k proměně pracovníků kvůli nespokojenosti. V oblasti sociálních služeb existuje dobrá komunikace a snaha najít náhradní programy při změně. Nicméně je zde nedostatečná komunikace ohledně negativních aspektů, a je třeba se na ně zaměřit. Informant komunikuje s pracovníky jednotlivých služeb (zdravotních, sociálních) individuálně a dle potřeby.

Informant č. 2 využívá služba centra zatím rok a popisuje spíše komunikaci v rané péči. Vyzdvihuje tak možnost mít pečovatelku dle potřeby a pomoc po telefonu při jakékoli situaci. „*Když jsem potřebovala s něčím poradit pomoc, tak vždycky prostě tady byli.*“ (IN2). Komunikace tak funguje na základě potřebnosti a pracovníci jsou tak vždy k dispozici při jakémkoli problému. „*Nikdy se nestalo, že bych nezískala pomoc nebo odpověď.*“ (IN2).

Komunikaci dle potřeby popisoval také informant č.3, který komunikuje s jednotlivými pracovníky služeb při problému, který se zrovna vyskytl. Informace jsou tak průběžně sdíleny a pracovníci jsou k dispozici. Informant se tak může obrátit na pracovníky služeb, které uživatel využívá nebo je nasměrován na dalšího člověka, který má daný problém v kompetenci. Nejčastěji tak komunikace probíhá s třídním učitelem, kdy pravidelně konzultují možné navazující služby pro dospělé uživatele. „*Takže (komunikace) podle potřeby, když potřebujete na kohokoliv nebo co řešíme, co potřebujeme..., ten nejbližší je asi učitel a ten mě většinou někam zase odešle a poradí.*“ (IN3). V centru neexistuje jeden pracovník, se kterým by informant řešil všechny své dotazy, ale komunikuje s každým pracovníkem z daných služeb zvlášť jako informant č.1. Komunikace je dle něj přirozená a neformální, kdy není potřeba velkého „papírování“. Komunikace však nebyla vždy ideální a vznikají neshody mezi pracovníky a rodiči, ale je zde i tak podána pomocná ruka a rodina se na ně může kdykoli obrátit. „*Komunikace nebyla vždy ideální, ale je to o lidech, najde se někdo, s kým si nasednete, ale všichni jsou takoví, jako že řeknou, kdyby*

cokoliv přijďte, domluvíme se, zařídíme, takže všichni jakoby furt podávají takovou pomocnou ruku, že vždycky jde všechno nějak jako zařídít a o něco si říct, no.“ (IN3).

Komunikaci jako perfektní popisuje informant č.4 mezi všemi pracovníky centra, *„od ředitele až po uklízečku.“* (IN4). Jednání s pracovníky jsou výborná a rodiče uživatelů mají možnost se spolehnout na to, že získají potřebné informace na zavolání. *„Pokud něco potřebuji, není problém zavolat.“* (IN4). Neexistují žádné problémy v toku informací a vždy se je rodiče dozví. Každý zaměstnanec uživatele i rodiče dobře zná a komunikace tak má neformální až kamarádský charakter. Jsou také běžná neformální setkání, například na plese, což přispívá k přátelským vztahům mezi zaměstnanci, rodiči i uživateli. V komunikaci je vzájemná důvěra a informant se tak nebál sdělit své osobní problémy, protože ví, že na ně bude brán zřetel. Informant komunikuje s více odborníky z každé oblasti a toto jednání popisuje jako výborné.

I informant č.5 nejčastěji komunikuje s pracovníky individuálně a nejčastěji osobně při vyzvedávání uživatele ze služby. Ze zdravotních služeb komunikuje nejvíce se zdravotní sestrou a fyzioterapeutem, ze sociálních služeb s vedoucí sociálních služeb a sociálními pracovníci. Kontaktují se dle potřeby například telefonicky kvůli domluvě osobní schůzky a vždy je vstřícná reakce, nikdy nejsou odmítnuty žádosti o setkání. *„...bud' se telefonicky objednat a domluvit si schůzku a vždycky vyjdou vstříc nikdy neřeknou ne.“* (IN5). Rodič je také zapojen do individuálního plánování a mají možnost se s uživatelem vyjádřit k hodnocení plánu.

Informace poskytovány informantu č.6 jsou ze tří hlavních zdrojů: vedoucí sociální pracovnice sociálních služeb, třídní učitelka a zástupce ředitele školy. Vedoucí sociálních služeb radí ohledně vhodných služeb po skončení školního vzdělávání. Komunikace je hodnocena jako velmi výborná, a rodiče dostávají veškeré potřebné informace. *„No já jsem teda jako velice spokojená, velice výborná komunikace.“* (IN6). V případě problému je možné zavolat a vyřešit situaci s vedoucí sociální pracovnící sociálních služeb nebo třídní učitelkou. *„No a vždycky se jako domluvíme a vyřeší se to, co vlastně potřebuju no.“* (IN6). Schůzky jsou pořádány dle potřeby. Pracovníci se obrací na relevantní osoby v rámci školy, jako je vedoucí družiny, zástupce ředitele nebo třídní učitel, aby řešili konkrétní problémy. Obrací se tak na pracovníky z jednotlivých služeb. *„Když je problém, snažíme se domluvit, záleží na to, co konkrétně řešíme.“* (IN6). Komunikace s

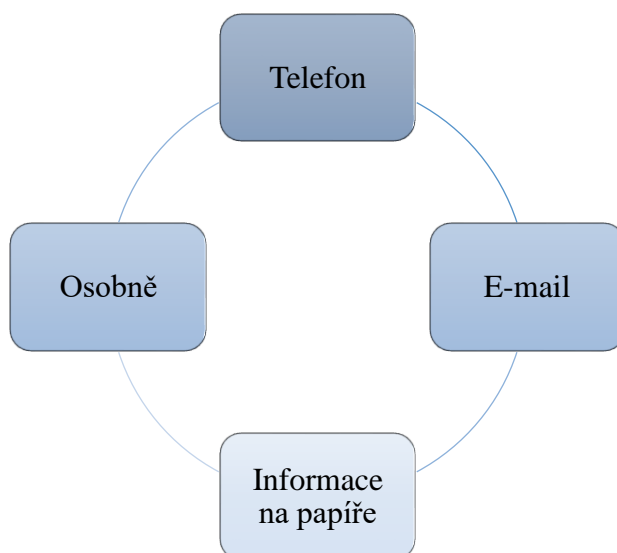
rodiči je dle informanta č.6 „bezvadná“ a informace jsou zajištěny pomocí e-mailu, telefonicky letáků a dalších informačních materiálů.

Informant č.7 uvádí, že pracovníci centra jsou velmi komunikativní a aktivně se snaží vyřešit vzniklý problém. „*Oni jsou komunikativní, protože jakmile máte nějaký problém a jdete s tím problémem k nim, tak oni se snaží prostě to s váma řešit. Ne, že by vás někam hodili do kouta a vyřešte si to sami, ne, to neexistuje.*“ (IN7). Centrum je tak velmi komunikativní a aktivně řeší jakýkoliv problém s rodiči. Komunikace s pracovníky je velmi efektivní a při změnách okamžitě informují rodiče. Informant č. 7 klade důraz na aktivitu od rodičů, kdy je důležitá oboustranná komunikace, jak ze strany centra, tak rodiče a uživatele. Informant komunikuje s pracovníky jednotlivých služeb dle potřeby a uvádí možnost jednání s ředitelem centra. „*Klidně bych šla i za panem ředitelem.*“ To ukazuje na důvěru ve všech stupních řízení centra.

Dle informanta č. 8 je komunikace vyhovující a je snadné se s pracovníky telefonicky spojit. Komunikují při změně či problému a informace rodič dostane okamžitě. „*Když se něco děje, dají mi hned vědět.*“ (IN8). Řešení problémů s jednotlivými pracovníky služeb probíhá individuálně, jako u předchozích informantů. S pracovníky komunikuje rodič nebo je zapojen uživatel a je tak podporována jeho samostatnost a nezávislost.

Informanti nejčastěji komunikují s pracovníky každý den, když vyzvedávají uživatele ze služeb centra. Dostávají se tak do kontaktu s jednotlivými pracovníky různých služeb a mají tak možnost okamžité konzultace. Komunikace také probíhá dle potřeby a v závislosti na problémech a její frekvence se tak liší.

Komunikace mezi rodiči a pracovníky je zajištěna různými způsoby. Informace jsou nejčastěji sdělovány po telefonu či e-mailu a při potřebě následuje osobní schůzka. Rodiče, kteří vyzvedávají uživatele ze služeb centra, komunikují s pracovníky denně osobně. Při telefonické domluvě se nejčastěji řeší termíny služeb a pracovníci iniciují kontakt vždy, když jsou informace pro rodiče důležité. Informanti také uváděli předání informací v papírové podobě, kdy jsou v dokumentu shrnuty důležité informace. Shrnutí těchto nejčastějších komunikačních prostředků je znázorněno obrázkem 8 níže.



Obrázek 8 - Způsoby komunikace

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

5.1.6 Na koho se mohou rodiče v případě potřeby obrátit

Hlavní pracovník, na koho se rodiče mohou v případě potřeby obrátit se liší v závislosti na tom, jakou službu uživatel nejvíce využívá a v které tráví nejvíce času. Neexistuje tak jasná shoda či jeden pracovník, na kterého by se informanti mohli obrátit a většinou se tak jedná o jednotlivé pracovníky z různých služeb. Komunikace tak probíhá na základě potřeby a aktuálně řešené situace, kdy je potřeba názor kompetentní osoby v dané oblasti. Informant č. 1 se nejvíce obrací na vedoucí sociálních služeb. Informant č. 2 zmiňuje pečovatelku uživatele, se kterou řeší nejvíce podstatné záležitosti. Informant č. 3 vnímá tuto otázku takto: *“Tam není žádný jeden, ale tam je pracovník v téhle službě v téhle službě. Takže podle potřeby, když potřebujete na kohokoliv, koho zrovna momentálně, co řešíme, co potřebujem, nebo kam mě třeba odešle. Ten nejbližší je asi učitel a ten mě většinou někam zase odešle poradí. Takže teď asi nejvíc učitel.”* (IN3). Neexistuje tak pouze jeden hlavní komunikační pracovník, ale dle potřeby informant konzultuje situace s kompetentními pracovníky. Také informant č. 4 komunikuje s více pracovníky z každé oblasti služeb centra, mezi které patří vedoucí sociálně terapeutických dílen, vedení školy a zmiňuje možnost řešení problému přímo i s ředitelem centra. Komunikaci s ředitelem centra zmiňuje i informant č. 7, který dále spolupracuje s vedoucím denního stacionáře a zdravotní sestrou. Informant č. 5 vnímá jako hlavního pracovníka při případě potřeby hlavní vedoucí speciálně terapeutických dílen a další pracovníky služby, dále zdravotní sestru a třídního učitele. Informant č. 6 komunikuje v závislosti na daném problému,

nejvíce s vedoucí služeb, družiny, školy a s třídním učitelem. Informant č. 8 nejvíce komunikuje s vedoucí speciálně terapeutických dílen a rehabilitačním lékařem.

5.1.7 Vnímání spolupráce s klíčovým pracovníkem

Většina informantů si není jistá, kdo je klíčový pracovník jejich uživatele a co je jeho úkolem. Komunikace s klíčovým pracovníkem vnímají spíše jako vedlejší, a ne tak častou, jako s jinými pracovníky centra. Informant č. 1 vnímá klíčového pracovníka jako člověka, který je zapálený do své práce. „*Tak tam jsme ted'kon chytli zrovna jako člověka, kterej je vidět, že to dělá rád.*“ (IN1). Klíčová pracovnice je nejspíše osobní asistentka z tranzitního programu, se kterou komunikuje pouze při změnách související s přímou péčí. Komunikace je tedy minimální. Informant č. 2 zná klíčového pracovníka uživatele, ale nejvíce komunikují s pečovatelkou. Informant č. 4 uvádí klíčového pracovníka jako někoho, na koho se může obrátit její syn. Také informant č. 5 si není jistý, kdo klíčový pracovník je, ale nejvíce komunikuje s vedoucí sociálně terapeutických dílen. Informant č. 3 a 5 nejspíše nemají klíčového pracovníka a informant č. 8 komunikuje s klíčovým pracovníkem telefonicky ale jen zřídka. Osobně se s ním vidí jednou v týdnu. Nejvíce s klíčovým pracovníkem komunikuje informant č. 7, kdy je s ním každý den v kontaktu a spolupracuje s ním na individuálním plánu uživatele. Rodič od pracovníka dostane souhrn s aktivitami a činnostmi, na kterých se s uživatelem dohodli a díky nimž dosáhnou zvoleného cíle. „*Je to zaměstnanec, který je v tom stacionáři a kterej má na starosti syna, který s ním pracuje a rozvíjí ho, když to jde, tak ho rozvíjí k nějaký činnosti, něco ho učí a potom mi napíšu ten individuální plán. Co s ním pracovali a jak to dopadlo.*“ (IN7). Celkově tak klíčový pracovník nehraje ústřední roli v procesu uceleného systému rehabilitace.

5.1.8 Vnímání podpory ze strany pracovníků

Pracovníci poskytují podporu v průběhu procesu různými způsoby. Někteří rodiče necítí, že by byli vždy dobře podporováni a nejčastěji uváděli nedorozumění s jednotlivými pracovníky centra z různých služeb rehabilitace. Uvědomují si, že každý pracovník je jiný a nemusí se tak jejich názory shodovat s názory pracovníků. Měli možnost, zvláště ve zdravotních službách, vyměnit pracovníky a situace se tak zlepšila. Každý informant však uvedl, že centrum je velice komunikativní a každá situace nezůstala bez odezvy. Všechny problémy tak byly včas řešeny a pracovníci ukázali proaktivní přístup k řešení těchto situací. Informanti velmi vyzdvihovali možnost návštěvy psychologa, kde mají možnost

řešit veškeré nesnáze s jiným člověkem. „*Místní psycholog, ohromná věc.*“ (IN4). Psychologická pomoc jim tak byla velkou oporou po celou dobu procesu a při zvládnání těžkých situací, které může rodičovství dětí s postižením přinést. Informanti také oceňují kvalifikovanost a profesionalitu pracovníků což vede k maximální podpoře rodičů. Zmíněna byla také raná péče, která je považována za podporu, zejména pro rodiče, kteří se cítí na počátku vstupu do centra ztraceni.

5.1.9 Vnímání spolupráce mezi pracovníky

Při procesu uceleného systému rehabilitace je potřeba dobrá komunikace a předávání informací mezi jednotlivými pracovníky napříč službami, které uživatel využívá. Informanti popisovali, jak vnímají týmovou spolupráci mezi pracovníky jednotlivých služeb centra. Informant č. 1 vnímá spolupráci mezi pracovníky velmi individuální, kdy jsou rozdíly v komunikaci závislé na názorech a postojích pracovníka k danému problému. Celkově ale hodnotí spolupráci kladně a výsledky komunikace vždy měli pozitivní vliv na uživatele. „*Tam asi jo, jako tam vždycky, když se probírala dcera nebo takhle, tak taky z toho vyšla dobře.*“ (IN1). Informant č. 2 hodnotí týmovou spolupráci pracovníků jako výbornou, což naznačuje, že komunikace je efektivní. Další informant č.3 popisuje spolupráci jako ideální a je založená na otevřené komunikaci mezi členy týmu. Vždy se samozřejmě může vyskytnout neshoda či nedorozumění, ale centrum se nebrání komunikaci. „*Přijde mi ideální. Je to o lidech, najde se někdo, s kým si nasednete.*“ (IN3). Informant č.4 vnímá komunikaci za skvělou, ale s “mouchami”. Není vždy vše dokonalé a kvůli rozdílným názorům nebo postupům komunikace mezi pracovníky vážne, ale vyhoví si. Dle informanta č. 6 mezi pracovníky panuje týmová spolupráce, kde si informace úspěšně předávají, ale není vždy vše perfektní. „*Komunikace mezi pracovníky je dobrá, něco uteče, ale nikdo není dokonalý.*“ (IN6). Informant č. 7 vnímá spolupráci mezi pracovníky za dobrou, zdůrazňuje však důležitost oboustranné komunikace ze strany rodičů, tak ze strany pracovníků centra. Informant č. 5 a č. 8 se shodují v názoru, že pracovníci jsou profesionálové, kteří mezi sebou vycházejí a jsou propojeni.

5.1.10 Jak rodiče vnímají roli v interprofesním týmu

Informantům byla položena otázka ohledně vnímání jejich role v týmu. Většinou informanti nevnímali roli jako možnost spolupráce s pracovníky centra na dosažení určitého cíle. Informant č.1 se do tohoto týmu nechce zapojit a nevnímá se jako součástí

týmu. Informant č. 2 svou roli v týmu vnímá takto: *“Hraju tam samozřejmě jakoby se synkem tu nejdůležitější roli, protože jinak by se to bez nás nekonalo.”* (IN2). Díky týmové spolupráci cítí úlevu a není rodič není sám na řešení dané situace. Je to ulehčení pro rodiče, že někdo dokáže převzít roli a informant hodnotí tuto spolupráci jako výbornou. I informant č. 3 vnímá sebe a uživatele jako hlavní v týmu: *“My jsme ústřední, co chceme a co nechceme a od toho se to odvíjí. My jsme střed.”* (IN3). Informant č. 4 se cítí být součástí týmu vzhledem k rodinné atmosféře centra a díky tomu, že se osobně znají s pracovníky. Poskytuje pomoc při společenských akcích a tým vnímá spíše v neformální rovině. Takto roli v týmu vnímá i informant č.5, který kromě podpory centra na akcích vnímá svou roli také ve spolupráci s pracovníky na individuálním plánu uživatele. Konzultuje tak s ostatními pracovníky podporu uživatele. Informanti č. 6 až 8 vnímají roli v týmu, ale ne výrazně. Spolupráce mezi pracovníky a rodiči je, ale nezapojují se nijak aktivně do řešení situací týkající se uživatele. Komunikují s pracovníky individuálně, dle potřeby a problémů. Nejsou tak zcela zapojeni do týmu a zapojují se pouze pokud je to nutné.

5.1.11 Interprofesní setkání s pracovníky

Se systémem uceleného systému rehabilitace souvisí kromě interprofesního týmu i s interprofesním setkáním, kdy se setkávají pracovníci různých služeb, oborů a profesí s rodinou a uživatelem, aby diskutovali o možnostech využití služeb či jiných důležitých tématech. Většina informantů se tohoto setkání neúčastnila a problémy či aktuální situaci řeší s pracovníky individuálně. Někteří informanti měli možnost navštívit setkání na téma sexuologie u lidí se zdravotním postižením, kde byli přítomni pouze rodiče a profesionálové v oblasti sexuologie (informant č. 7 a č. 6). Kruhového setkání se zúčastnil informant č. 2 v rámci rané péče. Při tomto setkání byl přítomný rodič, vedoucí sociální služby, pečovatelka uživatele, paní učitelka ze školského zařízení mimo centrum, ergoterapeut a přišel i pan ředitel centra, což informant č. 2 vnímá jako velmi sympatické. Informant popisuje setkání jako možnost vyslechnutí si více názorů na danou situaci z více stran. *“Víc hlav, víc ví.”* Byl cítit opravdový zájem od pracovníků a informant tak vnímal úlevu, že na situaci není sám. *“Tam je vidět opravdovej zájem, ještě když jsi to ty lidi sdílí navzájem, jak každé ho jakoby vidí, vnímá, co je potřeba a dávají to prostě uceleně dohromady, tak je to je to ohromná úleva. Že člověk není sám.”* (IN2). Informantu č. 3 bylo nabídnuto setkání, při kterém by byl přítomen třídní učitel, pracovnice ze speciálně pedagogického centra, vedení školy a asistent uživatele a

diskutovalo by se na téma možností návazných služeb pro uživatele. Tuto nabídku informant zatím nevyužil. Tohoto setkání se ale účastnil informant č. 6 na kterém byl přítomen vedoucí sociálních služeb, asistent uživatele, třídní učitel a společně hledali možnost služeb v Jihočeském kraji. Těchto setkání informant absolvoval více v rámci docházení uživatele do praktické školy dvouleté, kdy již od nástupu do školy se hledali možnosti dalšího uplatnění uživatele na trhu práce či v jiných sociálních službách. *“...a na co se máme jako rodiče třeba připravit, pak to případně jako řešit jo, protože ty rodiče, že jo, nevíte, kam s těma dětma. Ono je to teď jakoby hrozně těžký. Kam ty děti umístit?”* (IN6). Informanti mají možnost konzultace daných situací s pracovníky spíše individuálně, ale rodiče, kteří se účastnili setkání s více pracovníky, ho vnímají jako možnost slyšet více názorů na danou situaci a jako podporu v procesu začleňování uživatele.

5.1.12 Vnímání zapojení case managera

Informantům byla položena otázka týkající se začlenění case managera do procesu systému uceleného systému rehabilitace a jeho využití pro propojení informací a komunikace mezi jednotlivými pracovníky zdravotní služeb, sociálních služeb a školských zařízení. Názory informantů se při rozhovorech mírně rozcházejí, ale jsou zde jisté podobnosti ve vnímání postavení case managera v procesu. Informanti, kteří využívají služby centra několik let by case managera spíše nevyužili. V centru je zajištěný systém, které by mohl další zainteresovaný člověk narušit. Avšak pro nové uživatele a jejich rodiče, by byl vhodný k podání komplexních informací a jako „navigace“ pro ty, kteří se v centru neorientují. Poskytoval by tak ucelený vhled do zdravotních, sociálních služeb a školských zařízení a napomáhal by při první komunikaci s pracovníky centra. Informanti by také uvítali informace o službách mimo centrum a další sociální poradenství. Informant č. 1 má pochybnosti o zapojení další osoby do procesu v centru, ale vnímá ji jako potenciál pro zjednodušení a zrychlení informací. Informant č. 2 by navrhoval case managera pro rodiče, kteří „tápou.“ To samé informant č.3, který dodává, že pro tak malé rodinné centrum je tento pracovník zbytečný a je pro něj přínosnější komunikovat s pracovníky zvlášť. Informant č. 4 dodává, že se více dozví od pracovníků jednotlivých úseků. Informant č. 5 vidí potenciál pro poskytování ucelených informací o dávkách a službách mimo centrum, přestože by jej sama nevyužila. Informant č.6 vidí v něm možnost poskytování navigace pro ty, kteří nevědí, kam se obrátit. Uvítal by jednoho člověka odpovědného za poskytování všech potřebných informací, včetně informací o

službách mimo centrum. Informant č. 7 odpověděl na otázku týkající se case managera následovně: „*Já bych už do toho další osobu nezavlekala, protože si myslím, že to není dobře, že jako tohleto, co tam funguje, je ideální.*“ (IN7). Informant č. 8 by case managera též nevyužil.



Obrázek 9 - Vnímání zapojení case managera

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Obrázek 9 výše shrnuje nejčastější odpovědi informantů, které spíše směřují k názoru, že by case managera v centru ARPIDA nevyužili. Informanti jako důvody uváděli zbytečně člověk navíc nebo lepší možnost je více informací od více pracovníků. Case manager by byl vhodný pro rodiče, kteří tápou a bylo by vše tak ucelené a rychlejší od jednoho pracovníka. Uvítali by od něj informace o službách mimo centrum ARPIDA.

5.1.13 Jaké slabé a silné stránky procesu uceleného systému rehabilitace rodiče vnímají

Důležitou otázkou na téma, jak rodiče vnímají proces uceleného systému rehabilitace, je jaké vidí silné a slabé stránky tohoto procesu a okolností s ním spojené. Dle informanta číslo 1 centrum čelí několika problémům, které jsou vnímány jako slabiny. Jedním z nich je nedostatek personálu, což má za následek například zrušení zdravotní služby v daném týdnu, kdy není možné na termín nalézt náhradního pracovníka. Nedostatek se také odráží ve službě osobní asistence. „*To je jako kámen úrazu, že oni nemají lidi.*“ (IN1). Dle

informanta č.1 bylo v centru přítomno více pracovníků, což umožňovalo provádění více akcí a projektů. Dalším problémem jsou malé či nedostačující prostory a neumožňují tak zvýšení kapacity služeb, což vzhledem k přibývání uživatelů s postižením pociťují i rodiče. Navzdory těmto obtížím však centrum vnímá velmi pozitivně, zejména v oblasti podpory a porozumění ze strany personálu. Děti dosahují pokroků a celkově prosperují, což je považováno za důležitý úspěch. Navíc, i přes omezení, která centrum má, stále poskytuje cenné služby, jako je dle informanta doprava uživatelů do centra, což ulehčuje rodičům a přispívá k celkové spokojenosti s funkcí centra. „*Jako celkově centrum jako vnímám kladně, děti dělají pokroky, ze všech stran já vidím, že je to v pořádku, děti prosperují.*“ (IN1). V Jihočeském kraji neexistuje centrum, které by nabízelo podobné služby.

Z pohledu rané péče, kterou využívá uživatel informanta č. 2, centrum poskytuje péči i pro rodinu uživatele a je tak zaměřeno i na jeho přirozené okolí. „*Pracovníci mají cit a dělají to srdcem.*“ (IN2).

Informant č. 3 popisuje centrum jako malé rodinné zařízení nabízející „luxusní“ odvozy uživatelů do centra, které jsou úsporou času, což je velkým přínosem pro rodiny. Jako pozitivum informant vnímá neformální atmosféru a jednoduché vyřizování a komunikaci s pracovníky bez zbytečného „papírování“. Pracovníci jsou popisováni jako erudovaní a empatičtí, což se odráží na jejich přístupu k práci. Navzdory těmto pozitivním aspektům se však objevují i některé slabiny, kdy se názory pracovníků neshodují s názory rodičů. „*Je to o lidech, najde se někdo, s kým si nesednete.*“ (IN3). Nicméně, atmosféra v zařízení je popsána jako rodinná, kde se každý den rodiče setkávají s pracovníky což vytváří přirozené a příjemné prostředí. Informant č. 3 je tak s přístupem centra velmi spokojen. „*Jsem hrozně v klidu, protože jsem jako bez stresu, že vím, že je tam o něj dobře postaráno, takže já jsem jako moc spokojená. Velké štěstí, že tu takové centrum je.*“ (IN3).

Další informant č. 4 též zmiňoval odvozy uživatelů do centra jako velmi užitečnou službu, kterou centru má v nabídce. Veškeré služby probíhají bezproblémově v rodinném prostředí, kde každý zná každého. Toto neformální a rodinné prostředí popisovalo během svého rozhovoru většina informantů. Dle informanta se během let v centru změnil ředitel i pracovníci, ale v přístupu k dětem se nic nezměnilo – „*...stále mají takový to srdíčko.*“ (IN4). Pracovníci tak dělají tuto práci srdcem a odráží se to na přístupu k dětem, což vnímají jejich rodiče. Dle informanta č.4 dělají všichni pro uživatele maximum. Dále je

velkou výhodou nabídka služeb na jednom místě a v jednom centru, kdy existují návazné služby od útlého věku až po dospělé. „*Díky za to, že to je!*“ (IN4). Centrum se snaží zvětšovat, aby mohlo lépe obsloužit stále rostoucí počet uživatelů a vyřešit tak slabinu nedostatečných prostor. Spolupráce s pracovníky a nabídka služeb dle informanta č.4 je skvělá, ale též vnímá problémem s nedostatek prostoru a pracovníků. Velký význam má také centrum pro uživatele, konkrétně návazné služby pro dospělé a začlenění do pracovního procesu. Uživatel se těší do práce a cítí se tak užitečný pro společnost. Navštěvování centra je pro něj důležité, protože by se doma cítil nešťastný.

Informant č. 5 vidí také spíše pozitivní stránky centra jako je ucelené propojení služeb a příjemní pracovníci. Je velké pozitivum, že v Jihočeském kraji můžeme využívat centrum s konceptem systému ucelené rehabilitace a se širokou škálou služeb. „*V rámci centra se vším spokojená, No já jsem srdcař centra, já je mám ráda takže.*“ (IN5). Také zmínil důležitost zařazení uživatelů do pracovní činnosti, kdy práce a prodej výrobků přináší uživatelů radost. Rodina je šťastná, protože není omezen, nemusí zůstat doma a má možnost pracovat. V centru má přístup ke všemu, co bude v životě potřebovat. Nicméně informant č. 5 uvádí, že ze zvyšujícím se počtem dětí a s jejich stárnutím se objevují určité slabiny, jako nedostatek prostoru pro návazné služby pro dospělé uživatele a nedostatek pracovníků. Přijetí více pracovníků, zejména mužů, by mohlo situaci vylepšit a lépe pokrýt potřeby rostoucího počtu uživatelů.

Informant č. 6 je nadmíru spokojen se službami centra, jejich kvalitou a komunikací pracovníků. „*Centrum má za mě 5 hvězd. Takže já jsem spokojená s jejich službami i s kvalitou i s tou komunikací co tam je a opravdu jako vám vyjdou kdykoli vstříc, kdykoliv si zavoláte, pomůžou, poradí, takže jako za mě samá chvála. Vřele doporučuju teda.*“ (IN6). Centrum také pracuje na neustálém zlepšování. Působí jako rodinné prostředí, kam se rodiče i uživatelé rádi vrací a informant č. 6 nemá žádné výhrady či návrhy na zlepšení procesu a slabé stránky tak neexistují. „*Říkám, prostě pro mě je to srdeční záležitost a moc všem tam děkuju. No, až se mi chce brečet, velká jednička a 10 hvězdiček.*“ (IN6). Je důležité, že rodiče i uživatelé jsou spokojeni a mají možnost využívat služby centra.

I informant č.7 má podobné zkušenosti s centrem a jeho službami. V centru byli vždy spokojeni a vidí jen samá pozitiva. Silnou stránkou je způsob, jakým pracují s lidmi. „*Když je člověk spokojený, není třeba nic vylepšovat.*“ (IN7). Za dobu, co centrum

navštěvují jim vždy všichni vyšli vstříc a velmi si váží jejich pomoci. „*Všichni náš v centru znají, jako oni mi opravdu pomohli hrozně moc. Vesměs jsme opravdu natolik spokojený, tak tady to dokládá i ten věk, kolik let jsme tam a syn tam chodí prostě s radostí, oddychneme si od sebe, prostě jenom samý pozitiva.*“ (IN7). Co se týče slabých stránek, informant umiňuje opět nedostatek pracovníků a tím slabší službu osobní asistence. Vždy se ale našel způsob, jak asistenci zajistit. Další slabou stránkou je kapacita a prostory centra jsou malé a počet dětí přibývá. Centrum má ale v plánu přístavbu, která by mohla s nedostatek prostor pro poskytování služeb pomoci. Celkově tak informant č.7 má s centrem velmi pozitivní zkušenosti.

Poslední informant č. 8 se shoduje v jistých názorech s předešlými informanty. I dle něj v centru panuje rodinná atmosféra, kde se všichni znají a kde je vše dostupné a propojené na jednom místě. „*Jsme rádi, že tam může být.*“ (IN8). Během celého procesu nikdy nebyl problém, který by centrem společně s rodičem nevyřešil. Centrum slouží také jako prostředí pro uživatele, aby nemusel trávit čas pouze doma s rodiči a poskytuje režim a naplnění volného času. Díky různým aktivitám, jako jsou plesy nebo týdenní pobyty, je zajištěno vyžití pro děti i dospělé. Informant zmiňuje také i slabou stránku, kdy je menší množství pracovníků a velký počet dětí.

6 Diskuze

Cílem diplomové práce bylo analyzovat reálnou podobu a průběh procesu poskytování podpory dostupnými prostředky uceleného systému rehabilitace a její koordinaci v centru ARPIDA z pohledu rodičů uživatelů s důrazem na využití case managementu. Šlo tedy o to, jak rodiče uživatelů vnímají proces podpory uceleného systému rehabilitace a koordinaci podpory a týmovou spolupráci s důrazem na využití case managementu. Výzkumný soubor tak tvořili rodiče uživatelů v různých životních etapách v daném zařízení. Pro diplomovou práci bude zvolena kvalitativní výzkumná strategie, metoda dotazování a technika sběru dat polostrukturovaný rozhovor, který je částečně řízený s předem připravenými otázkami. Byl dodržen postup IPA analýzy, díky které vzniklo 13 hlavních témat, která se opírají o výzkumné otázky a cíl diplomové práce.

Mojžíšová (2019) uvádí, že součástí uceleného systému rehabilitace je týmová spolupráce odborníků ve spolupráci s uživatelem a jeho rodinou. Jedná se zejména o odborné lékaře, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, speciální pedagogiky, psychology a sociální pracovníky. Informanti dále uváděli logopedy, rehabilitační lékaře a osobní asistenty. Několik informantů uvedlo i komunikaci s ředitelem centra. Autorka dále uvedla, že je důležité nabízet ucelený systém rehabilitace co nejkomplexněji a mezioborově. Centrum má v nabídce sociální, zdravotní služby a školská zařízení, tím pokrývá mezioborové služby komplexně od narození po dospělost osob se zdravotním postižením. Uživatelů informantů tak využívají širokou škálu služeb dle typu postižení a jejich možností. Bruthansová a Jeřábková (2012) mezi složky uceleného systému rehabilitace řadí pracovní, sociální, léčebnou a pedagogickou. Nabídka služeb centra pokrývá všechny složky rehabilitace a uživatelé tak mají komplexní ucelenou péči na jednom místě. To informanti uváděli jako jednu ze silných stránek uceleného systému rehabilitace v daném centru.

Ve výzkumu s názvem *Barriers to Parental Empowerment in the Context of Multidisciplinary Collaboration on Behalf of Preschool Children with Disabilities* (2018) je hlavním výsledkem, který spojuje hlavní témata výzkumu (Navigace v systému, Kontrola profesionálů, Jen rodiče), posílení postavení rodičů v interprofesním týmu. To je založeno na jejich vlastním úsilí a kreativitě, ale také na podpoře a ochotě ze strany profesionálů k tomu, aby tuto roli podporovali a rozvíjeli (Cameron, 2018). Z mého výzkumu vyplývá, že rodiče vnímají své postavení a roli v týmu jako ústřední, díky

rodinné atmosféře v centru. Aktivně se zapojují do komunikace s pracovníky a aktivit týkajících se podpory zařízení. Co se týče podpory a rozvíjení partnerské role rodičů v interprofesním týmu ze strany pracovníků, je důkazem aktivní snahy o zapojení rodičů do týmu tato diplomová práce, kdy přímo centru chce znát názor rodičů na ucelený systém rehabilitace a celkové fungování služeb. Jsou tak splněny dvě základní atributy pro dobrou spolupráci týmu, kdy je důležitá spolupráce obou stran. Toto zmiňoval informant č. 7, který zdůrazňuje důležitost oboustranné komunikace ze strany rodičů, tak ze strany pracovníků centra.

Co se týče komunikace pracovníků s rodiči, informanti zmiňovali i přístup pracovníků k nim jako rodičů a uživatelům, kdy dokážou s jistou mírou empatie pracovat s lidmi s postižením a tuto práci vykonávají „srdcem“. Díky tomu informanti vnímají centrum jako rodinné místo, kde se všichni znají a mají blízké vztahy. Studie s názvem *What does empathy sound like in social work communication?* z roku 2018 zkoumala chápání empatie jako dovednosti sociální práce prostřednictvím analýzy smíšených metod 110 zvukových nahrávek schůzek ve službě na ochranu dětí mezi pracovníky a rodiči. Empatie je důležitá pro praxi sociální práce a pracovníci, kteří vykazují vyšší úroveň empatie, používají při komunikaci s rodiči otevřenější otázky, jsou zvědaví a snaží se porozumět často obtížným zkušenostem rodičů a zaměřují se na jejich emoce (Lynch et al., 2019). Informanti zmiňovali určitou míru empatie u pracovníků, jejich komunikativnost a přátelství přístup při řešení jejich situace. Informanti jako výhodu komunikace s více odborníky uváděli možnost znát více názorů a mají tak informace z více zdrojů. Tuto výhodu zdůrazňuje i článek *The Importance of Interdisciplinary Collaboration in Social Work* (2022), kdy při řešení složitých problémů musí sociální pracovníci spolupracovat s odborníky z jiných odvětví a oborů. Když sociální pracovníci spolupracují s jinými profesemi, uživatelé mají prospěch z širšího spektra podpory a získávají přístup k více zdrojům. Sdílení odpovědnosti a sdílení znalostí navíc umožňuje sociálním pracovníkům lépe se orientovat v překážkách, které jim brání ve splnění úkolu (Virginia Commonwealth University School of Social Work, 2022).

Dle článku *Barriers to Parental Empowerment in the Context of Multidisciplinary Collaboration on Behalf of Preschool Children with Disabilities* (2018) jsou děti s postižením a jejich rodiny obvykle v každodenním kontaktu s širokou škálou odborníků. U dětí s rozsáhlými potřebami podpory začíná formalizovaná koordinace služeb často

brzy po narození a zahrnuje odborníky ze zdravotnictví, školství a sociálního sektoru (Cameron, 2018). Informanti uvedli, že při vstupu do centra a jeho služeb, kdy uživatelé byli v dětském věku, začali komunikovat nejdříve s dětským neurologem a dalšími specializovanými lékaři, kteří jim nabídli zdravotní služby centra, následovala školská zařízení (školka nebo škola) a sociální služby jako je raná péče, osobní asistence apod.

Mezi členy týmu, který je složen z mnoha odborníků, dle *Sešitu sociální práce* (2015) mohou patřit fyzioterapeuti, ergoterapeuti, logopedi, zdravotní sestry, sociální pracovníci a další specialisté. Neopomenutelnou a nejdůležitější součástí týmu je však uživatelé a jeho rodina (Kodymová, 2015). Informanti centra se vnímají jako nejdůležitější ústřední článek týmu, bez kterého by systém nefungoval. Uvedli, že jsou zapojeni do interprofesního týmu centra a mají možnost spolupracovat na situaci uživatele i participovat na propagačních akcích.

Informanti uváděli nesrovnalosti v komunikaci s pracovníky a předávání informací. Nejčastěji byly uváděny jiné názory mezi pracovníky, díky kterým se rodiče ocitají v situaci, kdy neví, jakým doporučením se mají řídit. Informanti také uváděli, že každý člověk je jiný a chybovat je lidské. I když komunikace mezi pracovníky nebyla vždy ideální, rodiče zvládli situaci s pracovníky vyřešit. Klíčová je dle Sládkové (2021) tedy komunikace mezi členy týmu, uživatelem a jeho rodinou a každá nesrovnalost by se měla co nejdříve prodiskutovat, aby se minimalizovaly negativní dopady na ucelený systém rehabilitace (Sládková, 2021). V dokumentu realizovaném Ministerstvem zdravotnictví je uvedeno, že: „*Pro dobrou práci multidisciplinárního týmu je klíčová pravidelná otevřená komunikace všech členů navzájem. V přístupu k pacientům/klientům je potřeba najít vyváženost mezi individuálním stylem jednotlivých pracovníků i jejich profesí a zároveň udržet společný, pro klienta srozumitelný, směr podpory.*“ (Základy práce v multidisciplinárním týmu Centra duševního zdraví na příkladech pravdivých příběhů klientů, 2022).

Informantům byla položena otázka i na klíčového pracovníka a jak vnímání spolupráci a komunikaci s tímto pracovníkem. Mezi Standardy kvality sociálních služeb patří standart číslo 5 Individuální plánování průběhu sociální služby, kdy čtvrté kritérium hovoří o tom, že pro naplnění předchozích kritérií je důležité mít pro každého uživatele určeného zaměstnance neboli klíčového pracovníka (Role sociálního pracovníka ve vybraných tématech sociálních služeb, 2020). Většina informantů si ale není jistá, kdo je klíčový

pracovník jejich uživatele a co je jeho úkolem. Komunikace s klíčovým pracovníkem vnímají spíše jako vedlejší, a ne tak častou, jako s jinými pracovníky centra. Dle dokumentu (2020) do realizace kroků vedoucích k naplnění cíle uživatele mohou zapojeny také další osoby, například rodiče uživatele. Dle odpovědí informantů do řešení a naplnění cíle zapojení většinou nejsou a nemají tak s klíčovým pracovníkem vztah. Nejvíce s klíčovým pracovníkem komunikuje informant č. 7, kdy je s ním každý den v kontaktu a spolupracuje s ním na individuálním plánu uživatele. Rodič od pracovníka dostane souhrn s aktivitami a činnostmi, na kterých se s uživatelem dohodli a díky nimž dosáhnou zvoleného cíle. Je tak nejvíce zapojen do individuálního plánování uživatele společně s klíčovým pracovníkem v dané sociální službě.

Při otázce na využití case managera, informanti nejvíce uváděli, že by takového pracovníka v centru nevyužili z důvodu, že si sami umí poradit a na vše se jednotlivých pracovníků z různých služeb doptají sami. Informantka č. 3 uvedl, že by case managera využila spíše větší organizace. V *Metodice case managementu od organizace* (2020) je uvedeno, že vnitřní case management je nutný pro velké organizace nabízející více služeb a pokud situace uživatele vyžaduje zapojení více odborníků (Dosoudilová, 2020). Informanti však uvádějí centru jako malé a rodinné, ve kterém se jasně orientují a case managera by proto nevyužili.

U osob se zdravotním postižením je velmi důležitá seberealizace, jinak dochází ke snížení kvality života, k pocitu nespokojenosti až k depresi (Švestková, 2014). V článku *Chráněné pracovní místo - seberealizace lidí s postižením* (2020) autor uvádí, že osoby se zdravotním postižením mají touhu přispět k vytváření pozitivních mezilidských vztahů a být součástí společnosti. Sociálně terapeutické dílny mohou pomoci uživatelům k sebedůvěře, pocitu užitečnosti a jsou prostředkem seberealizace (Tůmová, 2020). Informanti uváděli pozitivní vliv služeb centra, a zvláště návazných služeb pro dospělé uživatele, které nabízejí možnost pracovního uplatnění. Uživatelé tak mají možnost pracovat v kolektivu a přispívat k výrobě produktů, které následně prodávají na veřejných akcích centra. Mají tak podle informantů dobrý pocit z odvedené práce a pocit užitečnosti.

V knize *Sociální práce s osobami se zdravotním postižením* (2019) autorka uvádí, že v České republice chybí legislativní ukotvení uceleného systému rehabilitace a přetrvává i u odborné veřejnosti názor, že se jedná především o léčebnou rehabilitaci, respektive fyzioterapii. Informantům byla položena otázka na vnímání uceleného systému

rehabilitace jako pojmu a většina rodičů pojem nikdy neslyšela nebo ji považovala právě za léčebnou rehabilitaci. Jak Mojžíšová (2019) dále uvádí, je nutné teoretické ukotvení uceleného systému rehabilitace v legislativě v rozsahu, který si tento přístup k uživateli zaslouží. Díky jasnému vymezení v legislativě a vhodné definici, by se pojem mohl rozšířit mezi laickou i odbornou veřejnost.

Výsledky se také shodují se SWOT analýzou (obr.1), která byla vytvořena na základě analýzy dokumentů jako je Výroční zpráva a Dlouhodobý plán a vznikly tak slabé a silné stránky a příležitosti a hrozby centra. Dle analýzy lze do silných stránek zařadit rozmanitost sociálních služeb, kdy se informanti shodli, že pokrytí a návaznost služeb v centru je velmi dobré a ucelené na jednom místě. Mezi příležitosti se řadí rozšíření návazných služeb, kdy informanti uvedli možnosti nových služeb, které jim v nabídce centra chybí, jak jsou služby pro dospělé po ukončení školní docházky a více možností pro aktivní trávení volného času, služby pro pečující a jak správně zacházet s uživatelem při jeho polohování, odpočinkové pobyty nebo možnost specializovaného hlídání dětí s postižením, spolupráci s jinými centry, jako jsou společné akce či tábory, aby uživatelé měli možnost seznámení s jinými uživateli a mohli tak trávit čas i mimo rodinné příslušníky nebo osobní asistence mimo centrum na doprovod uživatele domů či na jiné místo. Slabou stránkou jsou dle SWOT analýzy návazné služby pro uživatele, což potvrdili i informanti, kteří dodávají jako slabou stránku nedostatek prostor a pracovníků. Mezi další příležitosti se tak řadí dle analýzy vytvoření nových prostor, spolupráce s rodiči a jinými organizacemi, zapojení dobrovolníků a noví pracovníci. Silnou stránkou centra dle analýzy je rozvoj centra a vybudování nových prostor, což informanti též potvrdili a uváděli, že centrum se na všech nedostatcích snaží pracovat.

7 Závěr

Cílem diplomové práce bylo analyzovat reálnou podobu a průběh procesu poskytování podpory dostupnými prostředky uceleného systému rehabilitace a její koordinaci v centru ARPIDA z pohledu rodičů uživatelů s důrazem na využití case managementu. Výzkumné otázky zahrnovaly, jak rodiče uživatelů vnímají proces podpory uceleného systému rehabilitace a jak vnímají koordinaci podpory a týmovou spolupráci s důrazem na využití case managementu. Vzhledem k vzniklým tématům a prezentovaným výsledkům považují cíl za splněný. Informanti mi dali též odpovědi na výzkumné otázky o tom, jak vnímají uceleného systému rehabilitace proces v centru ARPIDA.

Z osmi rozhovorů, které byly vedeny s rodiči uživatelů, kteří využívají služby v centru ARPIDA, a zpracováním odpovědí pomocí Interpretativní fenomenologické analýzy (IPA) vzniklo 13 hlavních témat, která se opírají o výzkumné otázky a cíl diplomové práce: vnímání uceleného systému rehabilitace jako pojmu, vnímání provázanosti jednotlivých služeb, jaké služby v nabídce centra chybí, první kontakt s centrem, vnímání komunikace pracovníků centra s rodiči, na koho se mohou rodiče v případě potřeby obrátit, vnímání spolupráce s klíčovým pracovníkem, vnímání podpory ze strany pracovníků, vnímání spolupráce mezi pracovníky, jak rodiče vnímají roli v interprofesním týmu, interprofesní setkání s pracovníky, vnímání zapojení case managera a jaké slabé a silné stránky procesu uceleného systému rehabilitace rodiče vnímají. Informanti se sice s pojmem uceleného systému rehabilitace spíše nesetkali, ale propojení a návaznost služeb v centru ARPIDA hodnotí více než kladně a vyzdvihují možnost využívání zdravotních, sociálních služeb a školského zařízení na jednom místě. Navrhli nové služby, které by v nabídce centra uvítali, ale jednalo se spíše o doplňkové služby, jako je osobní asistence mimo centrum či společenské akce po uživatele. První kontakt s centrem většinou probíhal přes odborného lékaře, který navrhl zdravotní služby v centru a následně školské zařízení a sociální služby. Každý informant má pracovníka, na kterého se může v případě potřeby obrátit a řešit s ním aktuální situaci. Informanti však zmiňovali nedostatek pracovníků a prostor v centru, kdy je poznat nárůst dospělých se zdravotním postižením a nedostatek kapacit v návazných sociálních službách. Centrum ARPIDA na tyto skutečnosti již reaguje a snaží se o vybudování nového projektu ARPIDA+, campus životních příležitostí. Otázka na informanty byla směřována i na využití case managera, kdy nejčastější odpovědí bylo, že je vhodný spíše do větší organizace.

Informanti jako nejvíce problematickou oblast uváděli komunikaci s pracovníky jednotlivých služeb. Pro zlepšení komunikace je vhodné dodržovat základní pravidla při předávání informací, udržovat pravidelnou a transparentní komunikaci, podávat jasné a srozumitelné informace, využívat techniky aktivního naslouchání a podporovat spolupráci mezi rodiči a pracovníky. Vhodná by mohla být reflexivita, která umožňuje pracovníkům být efektivnějšími při práci s rodinou uživatele. Jedná se o sebepoznávání a uvažování o svém chování při práci s uživateli či jeho rodinou a dochází tak k hlubšímu porozumění sobě i okolí. V komunikaci mezi pracovníky je důležité sjednotit cíl, kterého chceme společně s uživatelem dosáhnout a nedocházelo tak k jiným postupům, které vedou k jinému konci. Je důležité posílit předávání jasných informací mezi pracovníky a jasně vymezit danou oblast podpory uživatele a jeho rodiny. Celkově je však systém uceleného systému rehabilitace v centru ARPIDA nastaven velmi dobře a informanti jsou s poskytovanými službami a přístupem pracovníků velmi spokojeni. Centrum ARPIDA je dle výsledků rodinné zařízení, které poskytuje služby od dětí až po dospělé s postižením a neustále usiluje o rozvoj a zlepšování, což dokazuje i tato diplomová práce.

Tato práce bude sloužit pro centrum ARPIDA jako podklad popisu toho, jak rodiče vnímají průběh a koordinaci podpory uceleného systému rehabilitace. Zařízení tak může reagovat na aktuální potřeby rodičů uživatelů a podpořit tak jejich partnerskou roli v interprofesním týmu. Mohou se zaměřit na konkrétní oblasti a zlepšit kvalitu poskytovaných služeb. Práce může přinést jiný pohled na ucelený systém rehabilitace a jakým způsobem mi mohla být prakticky využívána v podobných zařízeních pro osoby se zdravotním postižením. Může také sloužit k rozšíření povědomí o uceleném systému rehabilitace mezi laickou veřejností a lepšímu porozumění důležitosti propojení jednotlivých složek. To ukazuje potřebnost o zavedení a ukotvení pojmu do legislativy. Další výzkum by mohl být zaměřený přímo na pracovníky jednotlivých služeb a jejich pohled na ucelený systém rehabilitace a provedla by se komparace jednotlivých výsledků. Dalším možným výzkumem by mohl být kvantitativní výzkum, kdy by výzkumný vzorek tvořili rodiče z celého centra ARPIDA.

8 Literatura

1. AJ Case Management. (2018). *Care and case management – the differences in their roles and which you need for rehabilitation*. AJ Case management. Retrieved April 13, 2024, from <https://ajcasemanagement.com/care-case-management-differences-roles-need-rehabilitation/>
2. Bruthansová, D., & Jeřábková, V. (2012). *Koordinovaná rehabilitace*. VÚPSV.
3. Cameron, D. L. (2018). Barriers to Parental Empowerment in the Context of Multidisciplinary Collaboration on Behalf of Preschool Children with Disabilities. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 20(1), 277-285. <https://doi.org/10.16993/sjdr.65>
4. *Community-Based Rehabilitation: What is community-based rehabilitation (CBR)?* (2017). World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/279966/WPR-2017-DNH-005-factsheet-03-cbr-eng.pdf?isAllowed=y&sequence=4>
5. Dosoudilová, K. (2020). *Metodika case managementu*. Člověk v tísni. https://www.clovekvtisni.cz/media/publications/1462/file/metodika-case_ok_opr2.pdf
6. Galajdová, L., & Galajdová, Z. (2011). *Canisterapie: pes lékařem lidské duše*. Portál.
7. Geregová, M., & Nepustil, P. (2020). *Bez podmínek: metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy*. Masarykova univerzita.
8. Grand Canyon University. (2022). *Case Manager vs. Social Worker: What's the Difference?* Grand Canyon University. Retrieved April 13, 2024, from <https://www.gcu.edu/blog/psychology-counseling/case-manager-vs-social-worker-whats-difference>
9. Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání). Portál.
10. Individuální plánování v sociálních službách. (2024). *Klíčové pojmy*. Individuální plánování v sociálních službách. Retrieved April 26, 2024, from <https://www.individualniplanovani.cz/co-je-individualni-planovani/klicove-pojmy/>
11. Jankovský, J. (2006). *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska* (2. vyd). Triton.
12. Jesenský, J. (1995). *Kontrapunktů integrace zdravotně postižených*. Karolinum.
13. Kalvach, Z. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Grada.

14. Kočová, H. (2017). *Spinální svalová atrofie v souvislostech*. Grada Publishing.
15. Kodymová, P. (2015). *Sešit sociální práce*. Ministerstvo práce a sociálních věcí. <https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/3ssp.pdf/7f72a3fc-91fc-c606-6781-cb374d528797>
16. Krhutová, L. (2017). *Koordinovaná rehabilitace 1*. Ostravská univerzita, Fakulta sociálních studií. <https://dokumenty.osu.cz/fss/publikace/koordinovana-rehabilitace-1.pdf>
17. Krivošíková, M. (2011). *Úvod do ergoterapie*. Grada.
18. *Kruh podpory cesta k běžnému životu*. (2024). ARPIDA. <https://www.arpida.cz/dokumenty/send/6-socialni-sluzby/191-prirucka-rp-kruh-podpory-cesta-k-beznemu-zivotu>
19. Kubínková, D., & Křížová, A. (1997). *Ergoterapie*. Vydavatelství Univerzity Palackého.
20. Lynch, A., Newlands, F., & Forrester, D. (2019). What does empathy sound like in social work communication? A mixed-methods study of empathy in child protection social work practice, *24*(1), 139-147. <https://doi.org/10.1111/cfs.12591>
21. Matoušek, O., Kodymová, P., & Kolářková, J. (2010). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi* (2nd ed.). Portál.
22. McArthur. (2024). *What is Case Management in Social Work*. McArthur. Retrieved April 13, 2024, from <https://www.mcarthur.com.au/blog/what-is-case-management-in-social-work/>
23. Michelle Aldersey, H., Xu, X., Balakrishna, V., Carlyne Sserunkuma, M., Sebeh, A., Olmedo, Z., Parvin Nuri, R., & Nega Ahmed, A. (2023). The Role of Community-Based Rehabilitation and Community-Based Inclusive Development in Facilitating Access to Justice for Persons with Disabilities Globally. *International Journal of Disability and Social Justice*, *3*(3). <https://doi.org/10.13169/intljofdissocjus.3.3.0004>
24. Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2023). *Podpora implementace koordinovaného přístupu v systému poskytování sociální ochrany v ČR*. Retrieved April 14, 2024, from <https://www.mpsv.cz/podpora-implementace-koordinovaneho-pristupu-v-systemu-poskytovani-socialni-ochrany-v-cr>
25. Mojžíšová, A. (2019). *Sociální práce s osobami se zdravotním postižením*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
26. Navrátil, L. (2019). *Fyzikální léčebné metody pro praxi*. Grada Publishing.

27. Novosad, L. (2000). *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Portál.
28. Odbor pro sociální začleňování MMR. (2019). *Case management v sociálních službách*. Agentura pro sociální začleňování. Retrieved April 13, 2024, from <https://www.socialni-zaclenovani.cz/oblasti-podpory/socialni-sluzby/case-management-v-socialnich-sluzbach/>
29. Pfeiffer, J. (1999). *Dítě se zdravotním postižením*. Ministerstvo školství ve spolupráci s ARPZD.
30. Pfeiffer, J. (2014). *Koordinovaná rehabilitace*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
31. Plan Street. (2021). *Social Work Case Management Guide for 2024*. Retrieved April 14, 2024, from <https://www.planstreetinc.com/social-work-case-management-guide/>
32. Poděbradský, J., & Jesenická, R. (2009). *Fyzikální terapie: manuál a algoritmy*. Grada.
33. Pospíšil, D. (2015). *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025*. MPSV.
34. *Role sociálního pracovníka ve vybraných tématech sociálních služeb*. (2020). Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, profesní svaz sociálních pracovníků v sociálních službách. https://www.apsscr.cz/files/files/ROLE%20SOCIALNIHO%20PRACOVNIKA%20NEW_FINAL.pdf
35. Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita.
36. Sedlářová, K. (2023). Koordinovaná podpora – case management na obcích a její význam. <https://socialninovinky.cz/novinky-v-socialni-oblasti/598-koordinovana-podpora-case-management-na-obcich-a-jeji-vyznam>
37. Sládková, P. (2021). *Sociální a pracovní rehabilitace*. Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
38. Sládková, P. (2023). *Ergodiagnostika v rehabilitaci*. Grada Publishing.
39. Social Work License Map. (2024). *Collaborations in Social Work – How to Effectively Serve Clients Through Teamwork*. SocialWorkLicenseMap. Retrieved April 14, 2024, from <https://socialworklicensemap.com/social-work-careers/collaborations/>

40. Sociální novinky. (2023). *Proč a jak vzdělávat sociální pracovníky v koordinovaném přístupu a využívání přínosů metody case managementu?* Sociální novinky. Retrieved April 14, 2024, from <https://www.socialninovinky.cz/novinky-v-socialni-oblasti/602-proc-a-jak-vzdelavat-socialni-pracovniky-v-koordinovanem-pristupu-a-vyuzivani-prinosu-metody-case-managementu>
41. Sue Ryder Neztratit se ve stáří. (2023). *Kdo je case manager a proč ho česká společnost potřebuje?* Neztratit se ve stáří. Retrieved April 13, 2024, from <https://www.neztratitsevestari.cz/aktuality/kdo-je-case-manazer-a-proc-ho-ceska-spolecnost-potrebuje/>
42. Švestková, O. (2014). Ergoterapie jako součást interprofesní rehabilitace: Occupational therapy as a part of [i.e. of] interprofessional rehabilitation Ergotherapie als ein Bestandteil der interberuflichen Rehabilitation. *Rehabilitácia: vedecko-odborný, recenzovaný časopis pre otázky liečebnej, pracovnej, psychosociálnej a výchovnej rehabilitácie*, 51(3), 176-191.
43. Švestková, O., Angerová, Y., Druga, R., Pfeiffer, J., & Votava, J. (2017). *Rehabilitace motoriky člověka: fyziologie a léčebné postupy*. Grada Publishing.
44. Trojan, S. (2005). *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Grada.
45. Tůmová, V. (2020). Chráněné pracovní místo - seberealizace lidí s postižením. *Zdravě.cz*. <https://www.zdrave.cz/nemoci-a-lecba/chranene-pracovni-misto-seberealizace-lidi-s-postizenim/>
46. Tým Centra pro důstojné stárnutí. (2021). *Co je to case management?* Retrieved December 9, 2023, from <https://www.neztratitsevestari.cz/case-management/clanky-rozhovory/co-je-to-case-management/>
47. *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením a Opční protokol: Convention on the rights of persons with disabilities and Optional protocol*. (2011). Ministerstvo práce a sociálních věcí. https://www.mpsv.cz/documents/20142/225526/Umluva_o_pravech_osob_se_ZP.pdf/1e95a34b-cbdf-0829-3da2-148865b8a4a8
48. Vacková, J. (2020). *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace: u klientů po získaném poškození mozku (zejména CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci z hlediska sociální práce, fyzioterapie, ergoterapie a dalších vybraných profesí*. Grada Publishing.
49. Virginia Commonwealth University School of Social Work. (2022). *The Importance of Interdisciplinary Collaboration in Social Work*. The Importance of

- Interdisciplinary Collaboration in Social Work. Retrieved April 14, 2024, from <https://onlinesocialwork.vcu.edu/blog/social-work-interdisciplinary-collaboration/>
50. Vyhláška 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, Sbírka zákonů České republiky § (2004). https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=518/2004%20&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
51. *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR.* (2012). MPSV. https://www.mpsv.cz/documents/20142/954262/publikace_ZD.pdf/8a02adfb-cdeb-10cd-9236-0250a724b4ee
52. *Základy práce v multidisciplinárním týmu Centra duševního zdraví na příkladech pravdivých příběhů klientů.* (2022). Ministerstvo zdravotnictví České republiky. <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-02/Z%C3%A1klady%20pr%C3%A1ce%20v%20CDZ%20na%20p%C5%99%C3%ADkladech.pdf>
53. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, (2006). https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=108/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
54. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, (2011). https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011%20&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
55. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, (2004). https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=435/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
56. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, (2004). https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=561/2004%20&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
57. Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, (1997). https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=48/1997%20&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

9 Přílohy

9.1 Příloha 1: Otázky do rozhovorů

- Jaký byl Váš první kontakt s centrem? Jak vypadal, jak probíhal?
- Jak dlouho využíváte služby centra?
- Jaké služby centra využíváte?
- Jak byste popsali průběh procesu, od začátku až po aktuální fázi?
- Jsou služby, které Vám v nabídce centra chybí?
- Jakým způsobem byly zahájeny první kroky při vstupu do služeb?
- Jak byste zhodnotil/a přechod mezi jednotlivými službami?
- Co si představujete pod pojmem koordinovaná nebo ucelená rehabilitace?
- Jak vnímáte provázanost jednotlivých služeb centra?
- Jak byste popsali komunikaci mezi Vámi jako rodiči a profesionály?
- Jak nyní probíhá předání informací od jednotlivých pracovníků a odborníků?
- Jakým způsobem je komunikace mezi Vámi a pracovníky zajištěna?
- Jak je častá komunikace s pracovníky?
- Jak byste popsal/a podporu ze strany pracovníků v průběhu procesu?
- Jak vnímáte Vaši roli v týmu? Jak je Vaše rodina do procesu uceleného systému rehabilitace zapojena?
- Na koho se můžete obrátit v případě potřeby?
- Jak byste popsali spolupráci s klíčovým pracovníkem? Víte, kdo to je a co je jeho úkolem?
- Účastnil/a jste se setkání s více odborníky? Týmového interprofesního nebo kruhového setkání? Jak toto setkání probíhalo?
- Jak vnímáte týmovou spolupráci mezi pracovníky?
- Jak byste celkově zhodnotil spolupráci s pracovníky centra?
- Jaké jsou podle Vás silné a slabé stránky uceleného systému rehabilitace?
- Jaké máte další připomínky nebo návrhy k ucelenému systému rehabilitace?
- Co byste změnili na procesu uceleného systému rehabilitace, aby byl pro Vás a Vaše dítě ještě přínosnější?
- Co si představujete pod pojmem case manager?

9.2 Příloha 2: Souhlas s uveřejněním názvu organizace v diplomové práci

SOUHLAS S UVEŘEJNĚNÍM NÁZVU ORGANIZACE V DIPLOMOVÉ PRÁCI

Souhlasím s uveřejněním názvu organizace ARPIDA, centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, z.ú. v diplomové práci Bc. Aleny Šturmové s názvem *Proces poskytování podpory prostřednictvím uceleného systému rehabilitace*, kde proběhl sběr dat a která byla následně v kvalifikační práci analyzována a použita. Identifikační údaje účastníků výzkumu i nadále podléhají anonymizaci a v žádné části práce nebudou uvedeny.

Vyjádření kompetentní osoby instituce:

S uvedením názvu organizace v diplomové práci souhlasím.



Mgr. Ing. Marek Wohlgemuth
ředitel organizace

Podpis:

V Českých Budějovicích 19.12.2023

9.3 Příloha 3: Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování diplomové práce

Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování diplomové práce

Fakulta: Zdravotně sociální fakulta JU

Studijní program/obor: Management sociální práce v organizacích

Jméno a příjmení studenta/studentky: Bc. Alena Šturmová

Kontaktní údaje (e-mail, tel.): sturma01@zsf.jcu.cz, 722 762 806

Název instituce: ARPIDA, centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, z.ú.

Název práce: Proces poskytování podpory prostřednictvím uceleného systému rehabilitace

Hypotézy, výzkumné otázky:

Jak rodiče klientů vnímají proces podpory uceleného systému rehabilitace?

Jak rodiče klientů vnímají koordinaci podpory a týmovou spolupráci s důrazem na využití case managementu?

Metodologický popis výzkumu včetně rozsahu výzkumného vzorku:

Pro diplomovou práci bude zvolena kvalitativní výzkumná strategie, metoda dotazování a technika sběru dat polostrukturovaný rozhovor, který je částečně řízený s předem připravenými otázkami. Data budou zpracována pomocí otevřeného kódování a předpokládaným využitím Interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Výzkumný soubor budou tvořit rodiče klientů v různých životních etapách v daném zařízení. Informanti budou zvoleni na doporučení pracovníka v daném zařízení a výběr bude ukončen na základě saturace.

Předpokládané výstupy:

Při procesu poskytování komplexní koordinované podpory v duchu uceleného systému rehabilitace pro děti, mladý a dospělé s tělesným a kombinovaným postižením je klíčová spolupráce interdisciplinárního týmu, přičemž rodiče klientů jsou deklarováni jako partneři a přirozená součást týmu odborníků pečujících o jedince s postižením. Pro zařízení, které poskytuje tuto komplexní podporu v oblastech sociálních, zdravotních, výchovně vzdělávacích a pracovních, je velmi důležité znát pohled rodičů klientů na koordinaci a průběh procesu a tím tak podpořit jejich partnerskou roli v interdisciplinárním týmu.

Vyjádření vedoucí/ho diplomové práce:

Mgr. Stanislav Ondrášek, Ph.D.

Datum: 19.12.2023 Podpis:



Vyjádření kompetentní osoby instituce:

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím/nesouhlasím.

Mgr. Ing. Marek Wohlgemuth, ředitel organizace

Datum: 19.12.2023 Podpis:

