

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Case management v systému multioborové
spolupráce subjektů v procesu ucelené rehabilitace
osob s disabilitou**

Diplomová práce

Autor: Bc. Michal Vejprava

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Smutková, Ph.D.

Hradec Králové

2018



Zadání diplomové práce

Autor: Michal Vejprava

Studium: U16069

Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Název diplomové práce: **Casemanagement v systému multioborové spolupráce subjektů v procesu ucelené rehabilitace osob s disabilitou**

Název diplomové práce AJ: Casemanagement system multidisciplinary collaboration among participants in the proces of comprehensiv rehabilitationof person with disability

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Cílem práce je identifikace a posouzení bariér bránících prostupnosti osob s disabilitou mezi články rehabilitací od léčebné, přes pedagogickou, sociální až po pracovní z pohledu procesu Casemanagementu při realizaci sociální rehabilitace a prostupu klientů mezi jednotlivými odbornými subjekty v regionu města Hradec Králové a Královéhradeckého kraje. V teoretické části budou definovány základní pojmy spojené s popisem článků rehabilitace osob s disabilitou. Budou popsány přesahy mezi jednotlivými odbornostmi z pohledu závislosti na pomoci. Dále budou definovány stupně soběstačnosti včetně definice statusu osoby habilitované a rehabilitované. Bude rozebrána problematika vyváženosti potřeb člověk-stát-trh při prostupu mezi jednotlivými články u nás i v zahraničí.

KRHUTOVÁ, Lenka. Autonomie v kontextu zdravotního postižení Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě v nakladatelství Albert, 2013, ISBN 978-80-7326-232-7 MICHALÍK, J. a kolektiv. Zdravotní postižení a pomáhající profese Praha: Portál, 2011, ISBN 978-80-7367-859-3 DISMAN, Miroslav. Jak se vyrábí sociologická znalost Praha: Karolinum 2002, ISBN 978-80-246-1966-8

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Smutková, Ph.D.

Oponent: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 27.4.2017

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracoval samostatně pod vedením vedoucí práce a uvedl jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 18. 7. 2018

Michal Vejprava.....

Anotace

VEJPRAVA, Michal, *Case management v systému multioborové spolupráce subjektů v procesu ucelené rehabilitace osob s disabilitou*. Hradec Králové, 2018. 84 s.

Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta, Ústav sociální práce

Cílem diplomové práce je identifikace a posouzení bariér bránících prostupnosti osob s disabilitou mezi články rehabilitací od léčebné, přes pedagogickou, sociální až po pracovní z pohledu procesu Case managementu při realizaci sociální rehabilitace a prostupu klientů mezi jednotlivými odbornými subjekty v regionu města Hradec Králové a Královéhradeckého kraje.

V teoretické části budou definovány základní pojmy spojené s popisem článků rehabilitace osob s disabilitou. Budou popsány přesahy mezi jednotlivými odbornostmi z pohledu závislosti na pomoci. Dále budou definovány stupně soběstačnosti včetně definice statusu osoby habilitované a rehabilitované. Bude rozebrána problematika vyváženosti potřeb člověk-stát-trh při prostupu mezi jednotlivými články u nás i v zahraničí.

Cílem diplomové práce je identifikace bariér bránících prostupnosti osob s disabilitou mezi jednotlivými články rehabilitace.

V praktické části bude použita kvalitativní výzkumná strategie formou polostrukturovaných rozhovorů a dotazníků, příp. anket s následnou analýzou dat.

Klíčová slova: sociální rehabilitace, case management, bariéry, osoby se zdravotním postižením, multioborová spolupráce, spravedlnost, solidarita, subsidiarita, participace

Abstract

VEJPRAVA, Michal, *Case management system multidisciplinary collaboration among participants in the process of comprehensive rehabilitation of persons with disability*. Hradec Králové, 2018. 84 p.

Diploma Thesis. Univerzity of Hradec Králové, Department of Social Work

The aim of the thesis is to identify and assess barriers preventing the permeability of people with disabilities between rehabilitation from healing, pedagogical, social, working, from the point of view of the Case management process in the implementation of social rehabilitation and permeation of clients among individual specialists in the city Hradec Králové and Hradec Králové Region.

The theoretical part will define the basic concepts related to the description of the articles of rehabilitation of people with disabilities. Excerpts between individual expertise will be described from the point of view of dependence on help. Further, self-sufficiency levels will be defined, including the definition of habilitation and rehabilitation status. The issue of balancing the needs of the person-state-market will be analyzed in the permeation between individual articles in our country and abroad.

The aim of this diploma thesis is to identify barriers to the permeability of people with disabilities between individual rehabilitation parts.

In the practical part the qualitative research strategy will be used in the form of semi-structured interviews and questionnaires, polls with subsequent data analysis.

Keywords: social rehabilitation, case management, barriers, people with disabilities, multidisciplinary cooperation, justice, solidarity, subsidiarity, participation

Obsah

Úvod	9
1 Rehabilitace	11
1.1 Osoba se zdravotním postižením/osoba s disabilitou.....	14
1.2 Rehabilitace zdravotní.....	16
1.3 Rehabilitace pedagogická.....	17
1.4 Rehabilitace sociální	18
1.5 Rehabilitace pracovní	19
1.6 Zaměstnání na volném pracovním trhu	21
1.7 Case management.....	22
1.7.1 Case manager – případový manažer.....	24
2 Principiální prvky rehabilitačního systému	26
2.1 Status osoby rehabilitované a habilitované	26
2.2 Včasnost	26
2.3 Prostupnost rehabilitačního systému.....	27
2.3.1 Příklad prostupnosti rehabilitace mezi rehabilitačními články v zahraničí.....	28
2.4 Propustnost rehabilitačního systému	29
2.5 Povinnost versus podmíněnost zapojit se do rehabilitačního procesu	30
2.6 Od závislosti k soběstačnosti.....	30
3 Úrovně subjektů rehabilitace a jejich motivace v kontextu s principy sociální politiky ČR	32
3.1 Motivace subjektů rehabilitace.....	32
3.2 Principy sociální politiky ČR	33
3.3 Kontexty motivace účastníků rehabilitace na mikroúrovni.....	35
3.4 Kontexty motivace subjektů rehabilitace na mezoúrovni	36
3.5 Kontexty motivace organizátora a plátce rehabilitace na makroúrovni	38

Shrnutí teoretické části	39
4 Výzkumný cíl	41
4.1 Výzkumný problém.....	42
4.2 Metodika a sběr vstupních informací	43
4.3 Formulace hlavního cíle a rozvedení dílčích cílů výzkumu.....	43
4.4 Transformační tabulka.....	44
4.5 Popis výzkumného souboru a zdůvodnění jeho výběru	45
4.6 Technika sběru dat	46
4.7 Etická dilemata výzkumu	47
4.8 Charakteristika výzkumného vzorku.....	48
5 Výsledek výzkumného šetření	49
5.1 Analýza informací k DC1	49
5.2 Analýza informací k DC2	58
5.3 Analýza informací k DC3	65
6 Vyhodnocení výzkumného šetření	70
6.1 Vyhodnocení DC1	70
6.2 Vyhodnocení DC2.....	74
6.3 Vyhodnocení DC3.....	76
6.4 Diskuse	78
Závěr.....	81
Seznam použité literatury	83
Seznam tabulek	
Seznam obrázků	
Seznam použitých právních norem	
Seznam příloh	

Seznam použitých zkratek

Nezkrácené pojmenování	zkratka
Case management	CM
Dílčí cíl výzkumu	DC
Diplomová práce	DP
Obecné nařízení o ochraně osobních údajů	GDPR
Hlavní cíl výzkumu	HC
Informant	IFR
Osoba se zdravotním postižením	OZP
Rehabilitace pedagogická	RP
Rehabilitace pracovní	RW
Rehabilitace sociální	RS
Rehabilitace zdravotní	RZ
Sociální pracovník	SP
Tazatelská otázka	TO
Zaměstnavatel volného trhu	ZVT

Úvod

Pro téma své diplomové práce jsem si vybral oblast rehabilitace osob se zdravotním postižením (dále jen OZP), a to z profesních důvodů. Setkávám se 13 let, jako specializovaný zaměstnavatel OZP na chráněném trhu poskytující služby pracovní rehabilitace, s překážkami ve spolupráci organizací podporujících OZP na jejich cestě za co možná nejmenší závislost na péči profesionálních podporovatelů, státních dávkách a příspěvcích. Druhým impulzem byly studijní důvody. Chci se pokusit komparovat získané znalosti ze studia v oblasti sociální práce a sociální rehabilitace OZP s konativní¹ realitou praxe.

Hlavním cílem mé práce je identifikace a posouzení bariér bránících prostupnosti OZP mezi články rehabilitací od léčebné, přes pedagogickou, sociální, pracovní až po volný pracovní trh z pohledu procesu Case managementu při realizaci sociální rehabilitace a prostupu klientů mezi jednotlivými odbornými subjekty v regionu města Hradec Králové a Královéhradeckého kraje

Dílními cíli pak je identifikovat a posoudit bariéry prostupnosti OZP na straně organizací poskytujících rehabilitační aktivity. Bariéry na straně zákonných norem, kterými se organizace musí řídit. A příležitost case managementu sociální rehabilitace pro překonávání identifikovaných bariér.

Pro praktickou část práce jsem zvolil kvalitativní výzkumnou strategii za použití polostrukturovaného rozhovoru s vybranými respondenty zástupců organizací napříč spektrem výše uvedených rehabilitačních aktivit. Mými zdroji informací, které chci v této práci použít, tedy budou zástupci odborníků, kteří ovlivňují proces rehabilitace od zdravotnictví, přes pedagogické činnosti, sociální práci, přes podporované a integrační podniky až po zaměstnavatele na volném pracovním trhu.

Zároveň je mým záměrem, aby má práce byla srozumitelná i laické veřejnosti, protože je mým aplikačním cílem na základě těchto textů vytvořit příručku – mapu – slovník pro OZP, která přehledně zdokumentuje možnosti OZP na jejich cestě od bodu závislosti na podpoře společnosti k maximálnímu stupni samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti ve společnosti, protože jsem přesvědčen, že je to přirozená touha i potřeba každého člověka žijícího v moderní společnosti, být soběstačný, být přínosem pro ostatní lidi, být lidmi ve svém okolí respektován

¹ prožívanou

a ne jen trpě. Mít dostatek kontaktu s dalšími lidmi, se kterými mám kolegiální a přátelské vztahy.

Za druhé mám zájem, na základě mé práce, vytvořit vzdělávací kurz pro OZP, který mám zájem nabídnout vzdělávatelům OZP a spolkům sdružujícím OZP, dále vzdělávací kurz pro zaměstnavatele na volném i podporovaném trhu a také vzdělávací kurz pro státní správu a samosprávu.

Dalšími „laiky“, pro které mám zájem, aby má práce byla srozumitelná, jsou specialisté svých oborů, kteří ovlivňují celý proces rehabilitace OZP, tzn. odborníky, kteří používají svoji vlastní speciální terminologii, kde sice mohou být termíny příbuzné, ale také termíny stejné, mající ale zcela jiný význam v souvislostech daného oboru.

I. Teoretická část

1 Rehabilitace

Cílem této kapitoly je seznámení čtenářů s rámcem mé optiky při úvahách o komplexu vlivů a dějů rehabilitačního působení na jedince. Ty ovlivňují schopnost člověka být soběstačným článkem společnosti i v situacích, kdy nemá z důvodu změněné, speciální zdravotní situace, stejné ani rovné podmínky pro své uplatnění v moderní společnosti 21. století.

Při výběru terminologie, jsem narazil na dilema termínu soběstačnost, který upřednostňuji před termínem inkluze (zapojení ve všech směrech). A to přesto, že je inkluze často spojována s podporou OZP, kdy například Jandourek (2001, s.86) nabízí obecnou definici inkluze jako „*Vyšší stupeň integrace postižených nebo znevýhodněných jedinců do společnosti a jejich institucí*“ a Farková (2009, s93) uvádí že „*běžný život s právy a povinnostmi jedince v běžných životních podmínkách subjektivního mikro či mezosystému. V odborné literatuře bývá stav nazýván inkluze*“ Pro cíl mé práce se mi jeví jako vhodnější termín soběstačnost, který mi dává možnost uvažovat o míře soběstačnosti, například nízká, nebo vysoká, což mi termín inkluze nenabízí. Velmi vnímám bližší vazbu termínu soběstačnost také v souvislosti s rehabilitačním posilováním funkčních schopností jednotlivce ovlivněných zdravotním stavem.

Rehabilitace je proces, kdy člověk prochází časovým obdobím od diskonfortního zdravotního nebo sociálního stavu ke své maximální soběstačnosti. *Například dle definice OSN (in. Pilný, Slodička 2017) je Rehabilitace procesem, jehož cílem je umožnit osobám se zdravotním postižením, poškozeným úrazem, nemocí nebo vrozenou vadou, aby dosáhly a zachovaly si optimální fyzickou, smyslovou, intelektovou, psychickou a sociální úroveň funkcí a poskytnout jim prostředky pro změnu jejich života k dosažení vyšší úrovně nezávislosti. Rehabilitace může zahrnovat opatření pro zajištění a obnovu funkcí nebo opatření kompenzující ztrátu nebo absenci funkce nebo funkční omezení.* V této práci se budu soustředit na řešení rehabilitace OZP, nicméně jsem přesvědčený, že mnoho postupů platných při pomoci zdravotně hendikepovaným osobám má úplně stejnou platnost i pro handicap sociální, tuto problematiku ale již nechám na dalších autorech.

Historie přístupů k rehabilitaci OZP určitě neměla vždy takové humánní parametry jako současnost. Ve starověkých civilizacích měli lidé ze zdravotního postižení převážně strach,

anebo cítili odpor k lidem, jež vypadali nebo se chovali jinak. Z neznalosti věci a tehdejších kulturních hodnot, kdy se lidé zaměřovali pouze na pravdu, krásu, dobro a fyzickou zdatnost, se k OZP chovala zdravá populace odmítavě. Např.: „*o osudu novorozenců s postižením ve Spartě rozhodovala podle Lykurgovy ústavy rada starších. Děti s postižením mohly být pohozeny v pustině nebo shazovány do propasti v pohoří Taygetos.*“ (Sovák, 1980)., nebo „*V Athénách podle zákonů Solonových mohli být zabíjeni postižení na základě vyjádření porodní báby.*“ (Kudláčková in Lechta, 2010).

První náznaky jakési tolerance pro osoby v jiném zdravotním stavu, než je obvyklé, lze nalézt v kultuře antického Říma. V literatuře můžeme dohledat osudy postižených otroků, které Římané využívali jako šašky, nebo např. „*osoby trpasličího vzrůstu, jež převážně pocházely z alpských oblastí, kde lidé trpěli endemickým kretenismem ke špionážním účelům.*“, jak se můžeme dočíst v knize Dcery Říma (Kinkelová, 2007). Ne všichni postižení byli likvidováni. Například v zápisech *Plinia mladšího* (62. -114 n. l.) se lze dočíst, že „*osobní lékař císaře Marka Aurelia se pokoušel léčit jeho slabomyslného syna. Už v té době rozlišoval slabomyslnost vrozenou a získanou.*“ (Franiok, 2003).

Počátek změny náhledu na soužití většinové společnosti s OZP pak lze vysledovat s obdobím rozvoje křesťanství, kdy byl kladen důraz na pomoc a lásku pro všechny, tudíž i pro chudé, nemocné či tělesně postižené osoby. I v Desateru božích přikázání je krom jiného i přikázání „*Nezabiješ*“. V této době jsou také „*zakládány první útulky u klášterů, klášterní špitály nebo nalezince. Objevují se také první organizovaná společenství lidí s postižením. Např. v r. 1454 vzniklo Bratrstvo tělesně postižených, slepých a jiných lidí*“ (Lechta 2010, str. 60.).

V období renesance (14. – 16. stol.) a osvícenství dochází k dalšímu prohlubování znalostí o postižení a také společnost se v umění a kultuře začíná zaměřovat na novou nejvyšší hodnotu – člověka, jako myslící bytost. V této době přispívá k rozvoji rehabilitace i Komenský, který v oblasti vzdělávání kázal o právu na vzdělání pro každého bez rozdílu.

Koncem 19. století a v první polovině 20. století se pak již začala formovat rehabilitační péče do té podoby, jak ji můžeme znát ze současnosti, tzn. institucionalizované pomoci. Institucionalizovaná péče se v ČR začala „*nazývat rehabilitací až po druhé světové válce, kdy k nám toto pojmenování bylo importováno z USA a vázalo se k pomoci vojákům, kdy pojem rehabilitace, začala používat armáda již během 1. světové války pro koordinovanou pomoc zraněným vojákům při jejich návratu do civilního života. Hledal se vhodný název, který by*

neoznačil člověka negativně jako např. crippl, nebo invalida. Pojmenování „Rehabilitace“ měla od počátku mimo praktického stručného a chytrého názvu i značný význam morální. Společnost s ním spojovala odpovědnost za následky, které mladý člověk utrpěl jako voják ve válce. Přesahovala svým významem i pojem choroby z povolání nebo postižení pracovním úrazem.“ (<http://rehabilitace.lf1.cuni.cz/historie-oboru-rehabilitace>)

V současnosti, když se řekne rehabilitace, tak většině z nás se nejčastěji jako první vybaví zdravotnická fyzioterapie, kde rehabilitují člověka, aby ho dali do pořádku po tělesné strážce. Málokdo by bral jako rehabilitaci psychiatrickou léčbu. Na podobná dilemata můžeme narazit i při posuzování péče o vzdělání hendikepovaných osob v produktivním věku tzn. 15-65 let. A co je potom péče o OZP, když řeší, jak nalézt zaměstnání a osoba již není pacientem, ani žákem nebo studentem? A co je také péče specializovaných integračních zaměstnavatelů OZP, kteří pomáhají nalézat těmto osobám vhodné pracovní uplatnění a hledají jejich specifický talent? Jak a kde by se tyto osoby mohli zapojit do běžného života, kvalitativně srovnatelného ke zdravé většinové populaci?

Jak jsem již v úvodu své práce uvedl, pracuji v oblasti pomoci OZP již 13 let a za tu dobu si neustále rozšiřuji okruh vědomostí a zkušeností nejen studiem, ale i účastí v profesním i veřejném životě. Mé profesní znalosti se rozšiřují aktivní účastí na informačních a vzdělávacích seminářích Asociace zaměstnavatelů osob se zdravotním postižením ČR a Asociace pracovní rehabilitace ČR, dále na setkáních odborných poradních komisí a pracovních skupin jako zástupce politického uskupení, a to na úrovni Sociálně zdravotní komise rady města Hradec Králové a na úrovni poslanecké sněmovny, kde jsem členem pracovní skupiny pro sociální věci poslanců mé politické strany. Pravidelně se také účastním konferencí a seminářů k tématu Rehabilitace na půdě Senátu České republiky. Dále konzultuji problematiku komplexního pohledu na rehabilitaci v Hradci Králové i s praxí z jiných odborných oblastí, a to při organizaci kulatých stolů na téma „Mýty a skutečnost při rehabilitaci OZP“. Dalším zdrojem znalostí problematiky rehabilitace jsou mé příspěvky na mezinárodní vědecké konferenci Hradecké dny sociální práce a zpětná vazba k přednášenému tématu z řad akademického auditoria.

Výše uvedené zkušenosti zmiňuji proto, že při těchto aktivitách se dostávám do kontaktu s mnoha diskutovanými informacemi z oblasti koordinované, někdy také nazývané ucelené rehabilitace, které mi přijdou užitečné pro použití v mé práci.

1.1 Osoba se zdravotním postižením/osoba s disabilitou

Pojem osoba s disabilitou je do českého pojmosloví přinášen ze zahraničních odborných zdrojů, zabývajících se problematikou zdravotního stavu lidí. Například Světová zdravotnická organizace v roce 1980 vydala dokument Mezinárodní klasifikace poruch postižení a hendikepů, kde vymezila tři základní pojmy. (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, 1980) Impairment jako poruchu funkční nebo orgánové ztráty či abnormality lidského těla. Disability jako postižení omezením či ztrátou možnosti člověka vykonávat určité aktivity nebo zvyklosti, které jsou považovány za obvyklé či normální. Handicap jako hendikep omezení sociálního charakteru, které člověk zažívá v důsledku svého postižení.

V českých podmínkách je disabilita prozatím velmi nový výraz, který je ale v podstatě synonymem pro historické termíny invalidita, nebo právě pomalu nahrazovaný termín zdravotní postižení. Sleduji dva hlavní důvody pro tyto proměny terminologie v oboru. Na jedné straně se poznání v oblasti problematiky lidského zdraví neustále zvyšuje a upřesňuje a na straně druhé je to prozaicky tlak organizací sdružujících zdravotně postižené, kteří vnímají bariéry většinové společnosti a díky tomu také velmi citlivě vnímají pejorativnost termínu invalidita nebo zdravotní postižení.

Dle Krhutové (2013) je osoba se zdravotním postižením popisována tak, že *„nejběžnější klasifikace je dle převládajícího zdravotního postižení a dělí se na tělesné, mentální, zrakové, sluchové, řečové, kombinované postižení a postižení civilizačními chorobami.“*

Pro účely mé práce pak zúžím skupinu osob s disabilitou na osoby v produktivním věku tzn. mezi 15-65 lety. Osoby uznané invalidními v některém ze tří stupňů invalidity, kdy přiznání invalidity se řídí zákonem číslo 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění, kde se v § 38 až 40 definují podmínky pro přiznání invalidního důchodu. Základními podmínkami pro přiznání invalidního důchodu je občanství ČR, nebo trvalé povolení k pobytu a věk osoby (od 15 do 65 let). Dále musí být účastníkem sociálního pojištění a pokud k posuzování dochází po období ukončeného studia, tak je nutné mít také odpracováno minimálně 24 měsíců. Osobou pobírající invalidní důchod se pak může stát každý takový občan, který o invalidní důchod požádá na České správě sociálního zabezpečení a absolvuje posuzovací proces, kdy se posuzuje jeho zdravotní stav v kontextu snížené pracovní schopnosti. Poživatelem invalidního důchodu se pak mohou stát dle §39 odst. 1 výše uvedeného zákona pojištěnci, jestliže z důvodu dlouhodobě

nepříznivého jejich zdravotního stavu nastal pokles jejich pracovních schopností nejméně o 35 %. Pro účely pracovního trhu se pak může vyskytovat i taková situace, kdy je osoba posouzena z pohledu invalidity, ale nemá odpracované roky a tím nemá dostatečnou délku sociálního pojištění a tím osobě vznikne sice nárok na statut invalidní osoby, ale bez nároku na výplatu důchodu.

Další skupinou osob s disabilitou jsou v českém právu osoby se zdravotním znevýhodněním (dále jen OZZ), které se posuzují za účelem ochrany osob s OZZ na trhu práce, a to dle zákona o zaměstnanosti zejména v § 67 zákona č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti. Pro získání statutu OZZ je, stejně jako u invalidity, nutné požádat Českou správu sociálního zabezpečení. Jako osobou zdravotně znevýhodněnou je uznána osoba, která má zachovanou schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnost být a zůstat pracovním začleněným, vykonávat dosavadní povolání, využívat dosavadní kvalifikaci či získat novou, je podstatně omezena. Příčinou tohoto omezení je dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, který má podle poznatků lékařské vědy trvat déle než rok a podstatně omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti a tím i schopnost pracovního uplatnění.

Mezi osoby s disabilitou pak patří všechny skupiny osob se zdravotním postižením, které, v důsledku svého speciálního zdravotního stavu, mají své vnitřní bariéry, k ve společnosti obvyklým sociálním a pracovním interakcím se svým přirozeným okolím. To znamená, že nutně nemusí jít o osoby institucionálně uznané jako zdravotně znevýhodněné, ale jde i o osoby ve věku 0–15 let, které se neposuzují z pohledu změn v pracovní schopnosti. Dále jde i o osoby, které si přirozeně našli své pracovní uplatnění i přes svůj speciální zdravotní stav a nepožádali o uznání osobami invalidními, nebo zdravotně znevýhodněnými.

Disabilitou je pak vyjádření stupně zdravotního postižení „*Pojem disability se stává stále důležitějším problémem s rozvojem moderní medicíny, která zvládá překonávat stále častěji klinickou smrt, dokáže léčit i velmi těžké, dříve smrtelné poruchy organismu. V posledních 30 letech nabývá velké závažnosti omezení, které člověk prožívá v souvislosti s poruchami některých funkcí a struktur. Tyto postižené funkce lze kompenzovat funkcemi neporušenými, tedy zdravím a faktory prostředí. Pojem disability se stal na mezinárodní úrovni zastřešujícím výrazem v oblasti funkčních poruch, aktivit a participací.*“ (MKF WHO, 2008)

V Praze v roce 2006 na mezinárodní konferenci na Klinice rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze byla přijata následující definice. „*Disabilita je snížení funkčních schopností na*

úrovni těla, jedince nebo společnosti, které vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí.“ (MKF WHO, 2008)

1.2 Rehabilitace zdravotní

Obvykle bývá na začátku celého procesu, ale ne zcela podmíněně, tedy pokud bychom vzali v úvahu, že zdravotnictví poskytuje služby léčení a rehabilitace po léčení. Například Novosad (2000) popisuje zdravotní rehabilitaci jako reparaci formou operační nápravy, medikace, fyzioterapie, elektroléčbou, magnetoterapie, balneoterapie a ergoterapie. Pokud bychom ale akceptovali, že už i proces léčení je de facto rehabilitací, pak bychom mohli tvrdit, že je zdravotnictví jako celek poskytovatelem rehabilitace zdravotní (dále RZ) a počátkem celého procesu.

Uvědomuji si, že takový výklad je velmi zjednodušený a mohl by na zástupce a vzdělané odborníky v oblasti zdravotních věd působit extrémně laicky, ale pro účely mé práce a její logickou lineární posloupnost mám za to, že je toto tvrzení potřebné pro uchopení komplexnosti rehabilitačních aktivit.

Jak tedy člověk vstupuje do rehabilitace? S nadsázkou by se dalo říct, že existují troje vstupní dveře, jak vstoupit do interakce s RZ. První možností je onemocnění nějakou nemocí, která zásadně a dlouhodobě změní zdravotní stav člověka a zapříčiní dlouhodobou rekonvalescenci. Druhou možností, jak vstoupit do RZ, je úraz, nebo účast při nějaké havárii, kdy dle rozsahu poranění je nutná dlouhodobá zdravotní péče. Třetím vstupem do RZ je pak vrozený handicap, nebo genetická vada, které v určitém věku jedince způsobí závažnou změnu zdravotního stavu.

Podle Votavy (2003) je zdravotní rehabilitace vertikální a horizontální. To znamená, že ve vertikálním modelu rehabilitace usiluje o obnovení původního stavu zdraví. Takže v pomyslném grafu by se křivka znázorňující trend vývoje zdraví vrátila na původní hodnotu. Horizontálním modelem rehabilitace pak je stav trvalého postižení, kdy by graf znázorňoval rozdíl mezi původním a současným zdravotním stavem. V mé optice uceleného rehabilitačního systému by oba modely mohli mít svůj ekvivalent v ostatních rehabilitačních odbornostech pro dokumentaci vzájemného vztahu a vlivů na proměnu úrovně úspěšnosti multioborové podpory a dosažení lepšího zdravotního stavu.

Subjekty RZ jsou na mikroúrovni, pacient, na mezoúrovni lékař, nebo zdravotnické zařízení, lékař lékařské posudkové služby a na makroúrovni pak zdravotní pojišťovny a Ministerstvo zdravotnictví. Tuto strukturu zmiňuji účelově, protože bude souviset s popisem bariér při prostupu člověka mezi ostatními částmi rehabilitace.

Zdravotní rehabilitace nepřesahuje do jiných rehabilitačních odborností. Rehabilitované osoby jsou v této části rehabilitačního procesu přímo zcela závislé na státní podpoře rehabilitační organizace.

1.3 Rehabilitace pedagogická

Cílem pedagogické rehabilitace je dosažení co nejvyššího vzdělání OZP a tím podpora jejich samostatnosti a aktivního zapojení do všech obvyklých aktivit společenského života. Dalo by se říci, že nejbližší k tomuto pojmu má speciální pedagogika a potažmo její domácí půda je v oboru speciálního školství, ačkoliv se tento obor dotýká i osob ohrožených sociálním vyloučením, tak pro mé účely se budu soustředit na kontexty speciální pedagogiky a zdravotního postižení. Podobně jako v RZ může do rehabilitace pedagogické (dále jen RP) jedinec vstoupit třemi způsoby. Prvním je vrozené postižení, druhým je získané postižení v důsledku nemoci a třetí je handicap způsobený úrazem nebo účastí na havárii. Na rozdíl od RZ, ale v RP existuje věkový limit, který stanovuje, že účastníkem RP může být pouze občan ČR ve věku od 3 let do 26 let max.

Dle Jesenského (1995) je pedagogická rehabilitace záměrným působením pedagogicko-psychologickými prostředky ve smyslu reedukace s cílem obnovení normálního stavu.

Ve škále RP pak nalezneme speciální mateřské školy, speciální základní školy, speciální odborné a praktické učiliště a speciální střední školy, při kterých bývají zřizována speciální pedagogická centra, anebo přímo s těmito centry spolupracují. V oblasti vysokoškolského vzdělávání se pak realizuje RP formou asistentů, kteří pomáhají OZP v dorovnání schopností záznamu výuky. Například sluchově hendikepovaným studentům pomáhají s online přepisem přednášek přímo při vyučování, což vyrovnává neslyšícímu studentovi podmínky s ostatními. Tato praktická zkušenost z bakalářského studia byla pro mne velmi zajímavá. Někdy jsem mívával i pocit, že naše neslyšící spolužačka má před námi výhodu, protože má díky záznamu přepisovatelů mnohem přesnější poznámky z vyučování než my ostatní. Tato zkušenost mne

upozornila na nutnost zakomponovat do této práce i popis principů sociální politiky, protože vyváženost pomoci a podpory musí také respektovat zdravou populaci. Pokud by se tak nedělo, tak by reálně hrozilo riziko zneschopňování OZP na straně jedné a riziko diskriminace zdravé populace na straně druhé, čímž by mohlo docházet k porušení principu spravedlnosti .

Jistým nedostatkem RP, který v podmínkách české společnosti vnímám, je absence podpory osob s disabilitou v dospělém věku. Kdy třeba původně získali kvalifikaci v nějakém určitém oboru, ale buďto ze zdravotních důvodů, nebo důvodů vývoje ekonomiky a třeba i zániku některých profesí (například po roce 1990 zanikly textilní profese a profese související s cukrovarnictvím) již nemohou svoji původní profesi vykonávat. Pro tyto osoby je pak velmi obtížné nalézt nové profesní dovednosti v jiných oborech. Proto jsem přesvědčen, že by bylo velmi vhodné mít systémové řešení speciální pedagogiky i pro osoby ve věku 26-65 let.

Subjekty RP jsou na mikroúrovni žáci a studenti speciálních a praktických škol, na mezoúrovni, pracovníci rané péče v rámci služeb sociální prevence, učitelé a vzdělávací zařízení – školy, učiliště, Univerzity a na makroúrovni Obce, kraje a Ministerstvo školství.

Pedagogická rehabilitace přesahuje do sociálních a pracovních rehabilitačních odborností. Rehabilitované osoby jsou v této části rehabilitačního procesu přímo zcela závislé na státní podpoře rehabilitační organizace.

1.4 Rehabilitace sociální

Sociální rehabilitace je jedním z nástrojů sociální práce, který je konkrétně upraven v zákoně 108/2006 Sb. v §70. jako sociální služba, kterou je možné poskytovat terénní a ambulantní formou. Sociální rehabilitace je pak službou z kategorie sociální prevence, kdy například Matoušek a kol. (2011) popisují, že jedním z účelů, pro které jsou sociální služby realizovány, je chránit společnost před riziky, jejichž jsou společensky znevýhodnění lidé nositeli.

Slovník sociálního zabezpečení Ministerstva práce a sociálních věcí (<http://slovník.mpsv.cz/socialni-rehabilitace.html>) popisuje sociální rehabilitaci následovně. Sociální rehabilitace je služba sociální prevence zahrnující více specifických činností, které se zaměřují na dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob. Okruh osob, které mohou být uživateli této služby, není na rozdíl od jiných sociálních služeb zúžen pouze na určité

skupiny osob. Může tak být poskytována např. osobám se zdravotním postižením, osobám, které ukončily léčbu drogové závislosti, osobám vracejícím se z výkonu trestu odnětí svobody, případně dalším skupinám osob se sníženou soběstačností. Sociální rehabilitace (dále jen RS) rozvíjí specifické schopnosti a dovednosti uživatelů této služby, posiluje návyky a umožňuje nácvik výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných, činností a pracovních návyků.

Za účelem této práce si pro kontext účelu této práce RS vysvětluji tak, že vnímám roli RS v podpoře kompetencí člověka tak, aby se v rámci svých možností a schopností zapojoval do přiměřené úrovně sociálních vztahů se svým okolím, ať už je tímto okolím myšlena rodina, komunita, pracovní kolektiv, nebo jakékoliv zájmové společenství.

Subjekty RS pak vnímám na mikroúrovni jako uživatele, či klienty, a to prakticky od narození po smrt člověka. Na mezoúrovni pracovníky vykonávajícími sociální práci v organizacích poskytující sociální služby a na makroúrovni pak obce, kraj a Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Sociální rehabilitace přesahuje do pracovních rehabilitačních odborností. Rehabilitované osoby jsou v této části rehabilitačního procesu zcela, nebo částečně závislé na státní podpoře rehabilitační organizace.

1.5 Rehabilitace pracovní

Nástroje využívané pracovní rehabilitací (dále jen RW) jsou zachyceny především v zákonech v gesci MPSV. Oficiálním cílem RW je dle slovníku sociálního zabezpečení MPSV souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání OZP. Pracovní rehabilitace zahrnuje zejména poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou i praktickou přípravu pro zaměstnání, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti. Žádost o pracovní rehabilitaci se podává na Úřadu práce ČR podle místa bydliště.

Novosad (2002) popisuje pracovní rehabilitaci jako cílenou podporu pro OZP, která se zaměřuje na udržení vhodné, zdravotně i kvalifikačně odpovídající zaměstnání.

Pro účely této práce se zaměřím hlavně na aspekty RW týkající se zaměstnání. Je to právě prostor, kde mohu čerpat vlastní bohaté praktické zkušenosti s pomocí a podporou OZP při výběru pracovníka na vytipované pracovní místo, zapracování zájemce o práci na pracovišti, podporu OZP v udržení si pracovního místa a hledání jeho specifického talentu, ve kterém se vyrovná svým výkonem běžné populaci.

Subjekty RW na mikroúrovni jsou zájemci o zaměstnání, osoby bez zaměstnání v dlouhodobé pracovní neschopnosti, osoby s uznaným statutem osoby zdravotně znevýhodněné a osoby s uznaným statutem invalidity 1., 2. nebo 3. stupně invalidity, a to ve věku od 15 do 65 let. Na mezoúrovni to jsou ÚP, vzdělávací organizace, podporovaní zaměstnavatelé s vymezenými chráněnými pracovními místy a zaměstnavatelé volného pracovního trhu.

U zaměstnavatelů volného pracovního trhu se musím v této části na chvíli zastavit a širěji okomentovat jejich zařazení mezi subjekty RW. Zaměstnavatelé volného pracovního trhu jsou v celém procesu rehabilitace velmi důležití, dalo by se říci, že vlastně kvůli nim rehabilitace existuje, protože jsou potencionálními konečnými příjemci OZP, kteří vystoupí z některého článku rehabilitace, nebo projdou jednou či více částmi rehabilitace. Zaměstnavatelé volného trhu můžeme rozdělit do kategorií služby, výroba a prodej. Samozřejmě existují i zaměstnavatelé vysoce specializovaní, například ve výzkumu inovací a vývoji, ale této oblasti se RW zpravidla netýká. Zásadní význam pro moji práci má ještě i rozlišení zaměstnavatelů na primární = na státní rozpočet vázané organizace např.: Státní podniky, ministerstva, kraje, obce a jejich účelové a příspěvkové organizace, a sekundární = soukromé zaměstnavatele, které dále můžeme dělit na navázané na zakázky pro státní správu a samosprávu a na navázané na trh služeb pro firmy a občany.

Speciální kategorií zaměstnavatelů jsou zaměstnavatelé vymezení ÚŘADEM PRÁCE ČR na chráněném trhu. Podmínkou pro toto vymezení je pak zaměstnávání více než 50 % zaměstnanců z řad OZP. Tato kategorie zaměstnavatelů pracuje na stejném pracovním trhu jako zaměstnavatelé volného trhu, ale snaží se zároveň plnit tři role, které jsou ve své podstatě neslučitelné. V první roli má být subjektem, který svým zákazníkům zaručí kvalitní splnění zakázky za konkurenceschopnou cenu a ve druhé roli má vytvářet podmínky a prostor pro pracovní uplatnění OZP, kteří již prošli zdravotní, pedagogickou, nebo sociální rehabilitací, nebo jsou pro tyto části rehabilitace neuchopitelní a ve třetí roli mají vytvářet zisk pro dlouhodobou udržitelnost a rozvoj společnosti.

Z pohledu makroperspektivy jsou pak subjekty RW – MPSV a jím zřízený Úřad práce, Ministerstvo pro místní rozvoj a Ministerstvo průmyslu a obchodu

Pracovní rehabilitace přesahuje do sociálních rehabilitačních odborností. Rehabilitované osoby jsou v této části rehabilitačního procesu nepřímo částečně závislé na státní podpoře rehabilitační organizace.

1.6 Zaměstnání na volném pracovním trhu

Pomyslným vrcholem pyramidy v systému rehabilitace pak je zaměstnání OZP v prostředí nechráněného pracovního trhu, nefinancovaného ze zdrojů na sociální politiku České republiky. Co si můžeme pod tímto pojmem představit? V podstatě se jedná o veškeré zaměstnavatele v soukromém i státním sektoru, kteří pro naplňování svých cílů zaměstnávají zaměstnance na hlavní pracovní poměr, dohody o provedení práce, nebo dohody o pracovní činnosti. Na volném pracovním trhu je široká škála pracovních náplní od dělnických, přes organizační, provozní až po manažerské. S touto stratifikací pracovních pozic je samozřejmě spojeno i stratifikované odměňování, které přináší zaměstnancům možnost seberealizace a svými schopnostmi zajistit takovou životní úroveň, jakou si představuje běžná populace. Pokud se tedy osoba s disabilitou vypracuje až na volný pracovní trh, dosáhne tedy rovnoprávných možností s ostatními.

Pokud se pokusíme přemýšlet o volném pracovním trhu jako součástí rehabilitačního systému, kam dle mého úsudku neodmyslitelně patří, tak by měl být schopen vytvářet, nebo vymezovat pracoviště a pracovní místa vhodná pro pracovní uplatnění OZP zaměstnanců. Bohužel kultura českého pracovního prostředí je velmi nedokonalá, a proto musí být upravena zákonem č. 435/2004 Sb. kdy se v §81 stanoví, že každý zaměstnavatel v ČR s více než 25 zaměstnanci je povinný zaměstnat na každý počet 25 zaměstnanců jednoho zaměstnance s OZP (4% podíl). To znamená, že zaměstnavatelé například se 100 zaměstnanci musí zaměstnat minimálně 4 OZP zaměstnance a v případě zaměstnavatele s 1000 zaměstnanci to je pak 40 OZP zaměstnanců. Pokud se zaměstnavateli nepodaří naplnit stav povinného 4% podílu OZP zaměstnanců, má takový zaměstnavatel možnost zaplatit poměrnou část nesplněné povinnosti prostřednictvím odvodu Úřadu práce do státního rozpočtu, nebo má možnost odebrat výrobky, služby nebo zboží od zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50 % zaměstnanců OZP. viz podkapitola výše.

Rehabilitované osoby, které jsou schopné se uplatnit na volném pracovním trhu, nejsou v této části rehabilitačního procesu závislé na státní podpoře rehabilitační organizace. Zaměstnavatelé nemají žádnou podporu na péči o osoby s disabilitou.



Obr. č. 1 schéma rehabilitačního systému v současnosti

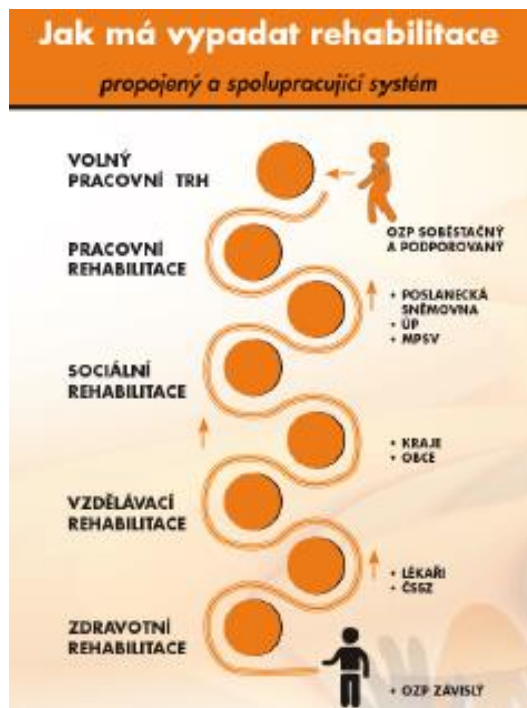
1.7 Case management

Podle formulace metody case managementu (dále jen CM) dle MPSV (<https://www.mpsv.cz/cs/13929#5>) je „práce v multidisciplinárním týmu využívajícím metodu case managementu nepostradatelným nástrojem, má-li být pomoc klientovi efektivní a smysluplná. Propojenost a vzájemná znalost činností jednotlivých subjektů zainteresovaných na řešení situace každého jednotlivého klienta je nezbytným předpokladem pro účinnou pomoc. Metoda case managementu umožňuje právě tuto koordinaci a kooperaci všech subjektů, čímž přispívá ke zkvalitnění služeb poskytovaných klientovi. Současně tím, že je klient sám aktivně vtažen do řešení své situace a do procesu plánování služeb, o nichž sám rozhoduje, a je zodpovědný za jejich realizaci, se posilují a znovu navrací jeho kompetence a aktivizují se jeho vlastní zdroje.“

Základními prvky CM jsou dle Stuchlíka (2002) získání přehledu o potřebách a schopnostech klienta, plán podpory s konkrétní specifikací cílů, naplňování cílů klientem, zaznamenávání postupu a vyhodnocování postupu se všemi subjekty, které se na podpoře klienta podílí.

Například v Národní strategii rozvoje sociální služeb (MPSV, 2016, s.59) se uvádí „Další dlouho neřešenou oblastí je téma služeb na sociálně-zdravotním pomezí.“ Níže pak autorský kolektiv MPSV tvrdí „*Nezbytnými součástmi tohoto strategického plánu jsou také navýšení počtu sociálních pracovníků ve zdravotnictví (resp. Zdravotně sociálních pracovníků) a ucelená podpora jejich zapojení v rámci multidisciplinárního řešení case managementu.*“ Dopadem tak má následně být pro uživatele sociálních a zdravotních služeb = osob rehabilitovaných nástroji zdravotní, nebo sociální rehabilitační aktivizace to „*že jim budou poskytovány návazné služby a bude pro ně dostatečně srozumitelné, jaké pomoci a podpory se jim má dostat.*“

I z mé praktické zkušenosti je velmi vhodné v individuálních případech využít metody CM pro ty případy, při kterých jednotlivé organizace nebo instituce svými nástroji a postupy nejsou schopné samostatně pomoci rehabilitované osobě. Za vhodné bych považoval znát case managera v jednotlivých odbornostech, na kterého by bylo možné se obracet s dotazy a konzultacemi v situacích, kdy se v rámci naší práce dostáváme do kritické hraniční situace, kdy není jisté, že budeme schopni s osobou s disabilitou pokračovat ve spolupráci a zaměstnávat ji. Zde proto spatřuji vysokou šanci na příležitost uplatnit nástroje CM v oblasti sociální rehabilitace, která by mohla aktivizovat celou síť a cestu osoby s disabilitou k její vyšší soběstačnosti. Viz obrázek níže.



Obr. č. 2 schéma potenciálu propojeného rehabilitačního systému

1.7.1 Case manager – případový manažer

Případovým case manažerem v sociální práci může být pouze sociální pracovník (dále jen SP), který dokáže navázat vztah důvěry s klientem a je v rámci možností pravidel organizace a společnosti na straně oprávněných zájmů rehabilitované osoby. Má znalosti o procesu vedení případu klienta. Zároveň musí mít i znalosti o možnostech systému a měl by mít i dostatečné portfolio kontaktů na pracovníky v dalších odbornostech. Case manager by měl tedy zastávat roli průvodce klienta na jeho cestě možnostmi, v našem případě osoby s disabilitou na cestě rehabilitačním systémem od jeho aktuálního stavu ke stavu vyšší samostatnosti a soběstačnosti, tzn. nižší závislost na aktuálních podporovatelích. V této fázi je určitě na místě úvaha o právu na dobrovolnost, zda by osoba s disabilitou měla mít právo se rozhodovat zůstat v závislém stavu na podporovatelích, i když reálně je v jeho silách i schopnostech být více soběstačným. Zůstanu ale jen u této úvahy v kontextu toho, že toto dilema musí case manager také při doprovodu osoby s disabilitou řešit.

Role Case managera může mít podle Stuchlíka (2002) podobu vyhledavače klientů, terapeuta, či poradce, obhájce klientových potřeb, zprostředkovatele nebo nákupčím podpůrných služeb pro klienta od externích dodavatelů. Case manager může přitom zastávat jednu, nebo více rolí najednou.

V této kapitole jsem popsal termíny osoby s disabilitou, odborností zdravotní, pedagogické, sociální, pracovní rehabilitace a její nedílnou součástí volného pracovního trhu. Popsal jsem cíle funkcí jednotlivých částí rehabilitace pro podporu osob s disabilitou. Popsal jsem Case management jako jeden z nástrojů, kterým může být rehabilitačním systémem využíván. Tímto jsem připravil rámec pro empirickou část a pro pokračování teoretického vhledu práce do oblasti hlubší motivace subjektů rehabilitačního systému na jeho různých úrovních v kontextu s principy sociální politiky ČR.

2 Principiální prvky rehabilitačního systému

Z odborných konferencí na téma koordinované rehabilitace, rezonují mezi odbornou veřejností témata, která nejsou v českém prostředí zatím nijak oficiálně ukotvena v legislativě. Nicméně jsou ze zahraničních zkušeností ověřená, a proto se ta, která jsou pro mé úvahy o tématu důležitá pokusím v této kapitole vysvětlit.

2.1 Status osoby rehabilitované a habilitované

V současnosti v kulturních zvyklostech české společnosti, je rehabilitovanou osobou vnímán pacient léčebných oborů, a možná ještě klient sociální rehabilitace. Žáci a studenti speciálních škol jsou sice také rehabilitováni „pedagogicky“, ale veřejnost termín pedagogické rehabilitace vůbec nezná. Stejně tak se obecně přehlíží i termín pracovní rehabilitace, kdy by osoba s disabilitou měla mít také status rehabilitované osoby. Fakticky vzato ale rehabilitovanou osobou jsou všechny osoby, které jsou podporované zdravotními, pedagogickými, sociálními i pracovními rehabilitacemi. Tato podpora musí být schopna zcela, nebo částečně navrátit ztrátu obvyklých funkčních schopností jedince.

Tam, kde potenciál pro návrat obvyklých funkčních schopností jedince není reálný, jde potom o osobu habilitovanou. Habilitovanou osobou může být jedinec, který využívá podpory své osoby od některé z rehabilitačních odborností za účelem udržení svého zdravotního stavu před regresí a rehabilitační podpora mu pomáhá udržet jeho schopnosti na stabilní úrovni.

2.2 Včasnost

Se řadí mezi prvky, které jsou snad největším nedostatkem současného stavu rehabilitace v České republice. Podle zástupců Asociace pracovní rehabilitace, kteří se podíleli na výzkumu Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí na téma koordinovaná rehabilitace, je například v Německu systém, který je již po 6 týdnech trvající pracovní neschopnosti, schopen zahájit první kontakt pacienta se sociálním pracovníkem, který prověří, zda bude dlouhodobá nemoc potenciální hrozbou trvalého snížení pracovních schopností nemocné osoby, a tím pádem se takto včas zachytí potřeba stát se potenciálním uživatelem rehabilitačního systému.

V českých podmínkách je veškerou péčí o člověka v nemoci pověřený zdravotnický sektor, který případy svých pacientů obvykle řeší pouze interním lékařským personálem. Velmi výjimečně se na řešení případu podílí interní sociální pracovník. Nefunkční je pak možnost

zdravotnického personálu, přizvat si k řešení případu externí odborníky z oborů sociální, pedagogické a pracovní rehabilitace. Tím bohužel dochází k obrovským ztrátám na motivaci rehabilitovaných osob, které následně ztrácí zájem pracovat a sociálním systémem jsou pak ukotvováni v závislosti na sociální podpoře.

2.3 Prostupnost rehabilitačního systému

Rehabilitační systém je nástroj společnosti jedinců k podpoře individuální potřeby podpory funkčních schopností jednotlivce pro uspokojování jeho potřeb. Společnost jedinců pak očekává, že takový jednatel bude při naplňování svých potřeb vykonávat takovou činnost, ze které bude mít prospěch také společnost. Rehabilitační systém je realizován prostřednictvím organizací které jsou částečně, nebo zcela hrazeny ze státního rozpočtu.

V této struktuře tzn. společnosti jedinců, myšleno stát, rehabilitační organizace a rehabilitovaný jednatel pak dochází ke kolizím zájmů těchto subjektů.

Stát jako organizační jednotka společnosti jedinců má zájem získat co nejvíce zdrojů pro naplňování své organizační a koordinační funkce.

Rehabilitační organizace mají zájem získat od státu dostatečný objem zdrojů pro zajištění provozu své organizace, která svojí funkcí pomáhá jednotlivci.

Jednatel pak má zájem získat zpět maximum svých funkčních schopností aby zabezpečil své potřeby.

V ideálním případě by měl být systém rehabilitace automaticky prostupný. To znamená, že by každý občan ČR měl mít automatické právo využít všech rehabilitačních aktivit od zdravotní, pedagogické, sociální, až po pracovní a to jak jednotlivě, ale v případě potřeby také všechny najednou. Z praxe však zažívám rehabilitační proces oddělených systémů, které mají resortně rozdělené zdroje financování, systémy vzdělávání, odbornou terminologii oboru a organizační řízení. Díky tomu se pak místo prostupu mezi články systému stává, že OZP vypadávají z rehabilitačního procesu bez podpory navazujících rehabilitačních aktivit, aniž by dostatečně poznali své zdravotní hranice a možnosti, jak kompenzovat své zdravotní nedostatky svými silnými schopnostmi a dovednostmi. Nejčastěji se zastavuje prostupnost a propustnost v okamžiku ukončení některé z rehabilitačních aktivit. Pokud jedna odbornost již vyčerpala v daný čas všechny dostupné nástroje, tak se velmi často nikdo nezajímá o další rozvoj

rehabilitované osoby. Toto tvrzení dovozují z praktické zkušenosti, protože za 13 let naší praxe při zaměstnávání OZP jsme ještě nikdy nebyli systémově ani nahodile schopni sledovat rozvoj rehabilitované osoby před tím, než jsme měli možnost spolupracovat, nebo když jsme spolupráci s osobu ZP ukončili.

Jako bariéru pro prostupnost vnímám také přidělení invalidního důchodu bez multioborového posouzení disability, s vírou, že tyto peníze postačí OZP nahradit jejich snížený pracovní potenciál i další rehabilitační podporu a kontrolu.

Pro lepší funkci prostupnosti rehabilitace je vhodné definovat společné pojmy ucelené rehabilitace, kdy tuto potřebu opírám i o zkušenost z německého právního systému, který pro potřeby vzájemného porozumění různých odborností vydal tzv. IX. knihu sociálního zákoníku, který slouží jako „překlenující zákon, který popisuje společné cíle všech nositelů, definuje společné pojmy a závaznými ustanoveními stanovuje kooperaci nositelů dávek, koordinaci dávek a transparentnost administrativních úkonů.“ (Bruthansová, Jeřábková, 2012)

2.3.1 Příklad prostupnosti rehabilitace mezi rehabilitačními články v zahraničí

Pro porovnání uceleného systému rehabilitace v České republice jsem si vybral rehabilitační systém Spolkové republiky Německo. Informace o systému budu čerpat z publikace *Koordinovaná rehabilitace* autorek Bruthansová a Jeřábková (2012), které v rámci zadání Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí provedli dotazníkové šetření o rehabilitačních systémech sedmi evropských států.

I v německém systému rehabilitace osob s disabilitou byla v minulosti snaha o harmonizaci rehabilitačních aktivit v celém spektru neúspěšná. Proto byla v roce 2001 přijata Devátá kniha sociálního zákoníku (SGB IX), která je překlenuvacím zákonem, který popisuje společné cíle a pojmy a závazným způsobem stanovuje kooperaci rehabilitačních odborností a dávek.

Tím byl dán impulz k rozvoji rehabilitace všemi zúčastněnými subjekty. Cílem všech subjektů je, vzájemnou spoluprací dosáhnout účinného začlenění dotyčné osoby do pracovního života, nebo společnosti. Tzn. že rehabilitační subjekty mají stanovenou povinnost přijímat k zákonem předepsaným tematickým komplexům společná doporučení.

Například léčebná rehabilitace neřeší svojí péčí pouze bio-psycho-sociální model nemoci, ale také zahrnuje interakce dotčené osoby s pracovním nebo sociálním světem.

Zajímavostí je to, že dávky rehabilitace jsou poskytovány nositeli pouze na jeho žádost, za splnění pojistných a osobních podmínek. Rehabilitační dávky pak mají přednost před sociálními čimž je stanoven i princip subsidiarity.

Sociální zákoník také stanovuje, že k dávkám na podporu účasti na pracovním životě patří lékařská, psychologická a pedagogická pomoc.

Při výběru vhodnosti dávek na podporu účasti na pracovním životě se přihlíží k možnostem a schopnostem jednotlivce, kterými může být zjišťována odborná způsobilost rehabilitanta, nebo s ním provedena pracovní zkouška.

Standardní délka poskytování dávek na podporu pracovní rehabilitace jsou 2 roky, pouze výjimečně pak déle. Zásadní pro celý systém ale je, že dávka v rehabilitaci má přednost před dávkou důchodovou. Tzn. nejdříve se až 2 roky pracuje všemi rehabilitačními nástroji na podpoře rehabilitovaného a jedině v případě, že se opětovné pracovní začlenění s konečnou platností nezdaří, se zkoumá nárok jedince na důchodovou dávku. Je tedy uplatňována zásada rehabilitace před důchodem.

2.4 Propustnost rehabilitačního systému

By měla být automatickou potřebou každé rehabilitační aktivity, aby podpořila osoby, které jsou v jejich péči v jejich růstu od závislosti na své péči k větší soběstačnosti. Jako bariéra propustnosti osob s disabilitou se v současnosti jeví způsob výpočtu financování rehabilitačních aktivit. Tím, že jsou systémy nastaveny na úhrady za úkony, počet klientů, hodin poskytnutých klientům, počet odpracovaných hodin, je mnohdy diskutabilní motivace organizací nechat prostupovat rehabilitované osoby do jiné organizace, která by umožnila osobě s disabilitou stát se soběstačtější. Uvědomuji si, že je toto tvrzení hraniční, ale mimo tuto práci jsem o této problematice diskutoval s odborníky ze školství a sociálních služeb, kteří mi potvrdili významný vliv systému financování na ochotu propustit určitou část osob s disabilitou do jiného článku rehabilitačního systému.

2.5 Povinnost versus podmíněnost zapojit se do rehabilitačního procesu

Problém české společnosti v chápání rehabilitačního procesu ve své ucelené podobě, je ten, že nejenom trpí meziřesortním řízením a financováním, ale trpí také “demokratickou anarchií“, kdy osoby s disabilitou mohou volit, zda je pro ně výhodné se účastnit rehabilitačního procesu, nebo není. To samo o sobě problém není, avšak pouze do okamžiku, kdy se osoba s disabilitou má stát příjemcem nějaké státní sociální dávky nebo příspěvku. Nehodnotím zda oprávněně, nebo nikoliv. Pokud ale v tomto okamžiku nevyvíjí taková osoba iniciativu k rehabilitaci svých zdravotních schopností, stává se stát, potažmo všichni pracující, kteří platí daně a utrácení své peníze za zdaněné zboží, nedobrovolným dárcem svých prostředků ve prospěch takového jedince.

Povinnost rehabilitovat není uzákoněna, nikde ale není uzákoněna povinnost plátců daní věnovat prostředky jedincům, kteří nemají zájem se rehabilitovat. Měli by mít tedy osoby s disabilitou povinnost účastnit se rehabilitačního procesu? Jsem přesvědčen že ne. Mají mít plátcí daní povinnost přenechat své peníze prostřednictvím státu osobě bez zájmu o svou rehabilitaci? Mám za to, že také ne. Proto se domnívám, že pokud existuje struktura rehabilitačních aktivit ve svém ucelené podobě, měla by být výplata jakýchkoliv dávek a příspěvků podmíněna účastí v rehabilitačním procesu. Paralelu s tímto tvrzením, která podporuje výše uvedené, je příklad z praxe, kdy město Hradec Králové stanovilo jako podmínku pro ubytované v městské ubytovně spolupráci se subjekty sociálních služeb. To mělo za následek eliminaci neaktivity při hledání zaměstnání a významně to pomohlo i v bezpečnostní situaci ubytovaných.

2.6 Od závislosti k soběstačnosti

Protože je tato práce zaměřena na identifikaci a posouzení bariér rehabilitačního systému při cestě osob s disabilitou, přišlo mi velmi důležité specifikovat perspektivu jedince a jeho životní situace a vymezit ji od bodu úplné nebo částečné závislosti k částečné nebo úplné soběstačnosti.

Definice závislosti pro účely této práce může znít následovně. Pokud svým přičiněním a svojí aktivitou si nejsem schopen své osobě zajistit dostatek zdrojů na důstojnou úroveň zajištění vlastních životních potřeb a z toho důvodu jsem příjemcem podpory finanční i nefinanční povahy, tak jsem osobou závislou.

V sociologickém časopise (Sirovátka, 2000) pak byla závislost na podpoře společnosti popisována následovně *„Poskytování dávek v závislosti na výši příjmu totiž vytváří „past“, neboť příjemce může brát v úvahu okolnost, že s růstem jeho příjmu nárok na dávku zaniká.“*

Naopak druhým pólem závislosti by měla být definice soběstačnosti. Pokud svým přičiněním a svou aktivitou jsem schopen své osobě zajistit dostatek zdrojů na důstojnou úroveň zajištění vlastních životních potřeb bez jakékoliv vnější podpory finanční i nefinanční povahy, tak jsem osobou soběstačnou.

Například Kalvach (2008) popisuje soběstačnost jako schopnost člověka přizpůsobit se svému sociálnímu prostředí, ve kterém žije, a adaptovat se na podmínky, které se v jeho sociálním prostředí vyskytují.

Cílem všech rehabilitačních aktivit by dle mého názoru měla být maximalizace soběstačnosti jedince a to směrem od úplné závislosti, přes částečnou soběstačnost až k soběstačnosti úplné.

V této kapitole jsem vysvětlil status osoby rehabilitované a habilitované. Problematiku včasnosti zahájení rehabilitačního procesu. Souvislosti termínů propustnosti a prostupnosti osob s disabilitou rehabilitačním systémem v ČR a Německu. Formuloval jsem také principy povinnosti a podmíněnosti účasti na rehabilitaci. Definoval jsem také pojetí termínů závislost na pomoci a soběstačnosti bez nutnosti. V následující kapitole se zaměřím na hlubší vhled do problematiky motivací subjektů, rehabilitačních aktivit a možných bariér, které se budu snažit následně identifikovat a posoudit v empirické části práce.

3 Úrovně subjektů rehabilitace a jejich motivace v kontextu s principy sociální politiky ČR

Následující kapitola se zabývá vztahy mezi subjekty rehabilitace a mým záměrem je čtenářům práce nastínit rámec a detaily budoucího výzkumu. Popsat, jak funguje systém rehabilitace v současnosti, který buď záměrně, nebo neúmyslně ve svém důsledku tvoří bariéry pro vyšší soběstačnost osoby s disabilitou. Pokusím se v této části také nastínit případy porušování principů sociální politiky ČR. Současně chci popsat možné motivační faktory, které za jistých okolností jsou přínosem a někdy bariérou všech zúčastněných subjektů.

3.1 Motivace subjektů rehabilitace

Pojďme si položit několik otázek. Proč vlastně lidé vyhledávají pomoc rehabilitace? Určitě by jedním z důvodů mohl být v lidech geneticky zakotvený pud sebezáchovy, který společnost západní kultury, tak jak ji známe, ještě vypěstovala do pocitu nutnosti maximální spotřeby pro život nutných, ale i naprosto zbytečných výrobků a požitků. Nebudu polemizovat, zda je to správně či nikoliv, ale jsem přesvědčený, že to jsou dva hlavní důvody, proč člověk vyhledá pomoc rehabilitace.

Proč jednotlivé národy po celém světě investují obrovské prostředky do organizací poskytujících rehabilitaci svým občanům? Jednoduše proto, že je to pro ně zjištěně prospěšné, protože rehabilitovaní jedinci jsou ekonomicky aktivnější. To má za následek, že se investice do rehabilitace svých občanů vrací v podobě naplňování veřejných rozpočtů formou přímých a nepřímých daní,

Proč vlastně současná moderní, technologicky a vědecky vyspělá společnost poskytuje svým členům rehabilitaci? I tady bych měl vysvětlení a to, že nejen ve kvalitě, ale i v množství se skrývá síla, která posouvá lidské znalosti a dovednosti výše. V druhém pohledu pak zcela logicky společnost potřebuje i „něco“ nějakou energii, která bude tento pokrok táhnout a živit.

Tyto otázky jsem do této kapitoly vložil záměrně proto, aby si čtenář uvědomil, že nic není zadarmo a při rehabilitaci to platí dvojnásob. Rehabilitace není pouze bohu libá činnost dobrodinců pro vyšší blaho, ale že jednotlivci mají svoji účelovou motivaci mít se co možná nejlépe ve společenství ostatních a společnost (= společenství, = stát) má jasně zjištěnou motivaci své občany rehabilitovat, aby z nich mohla těžit své potřeby tzn. daně.

3.2 Principy sociální politiky ČR

Spravedlnost je stejně jako prožívaná realita mnohoznačná. Jeden starý výrok říká, kolik lidí, tolik náboženství, tak se spravedlností je to stejné. V kontextu sociální politiky a mé práce je nutné spravedlnost blíže specifikovat. Spravedlnost lze rozlišovat na etickou a zákonnou. Protože je má práce zaměřena na oblast sociální práce, zaměřím se na mě známé povědomí a pojetí o pojmu etické sociální spravedlnosti a k nim přiměřím některé vybrané definice jiných autorů.

Spravedlnost upravuje vztahy mezi lidmi, kteří si váží hodnoty života svého, ale i druhých lidí. Ve zvířecím světě existuje pouze právo silnějšího, nebo početnějšího tzn. schopnost při přímé konfrontaci soků o zdroj existence, přemoci soupeře. Ne že by v historii v české společnosti, nebylo možné nalézat zneužívání práva silnějšího, ale domnívám se, že v zásadě právě princip spravedlnosti brání lidem posledních 73 let válečnou silou zbavovat druhé lidi jimi vytvořených hodnot, ale třeba i životů. A to minimálně v evropském kontextu.

Sociální spravedlnost má tedy zajistit, aby dvě lidské bytosti, které se dostanou do roviny dělby zdrojů pro zajištění jejich existence mají být obě uspokojeny. Obvykle patří mezi základní zdroje potraviny, přístřeší a ošacení. Domníval bych se proto, že by se měli o tyto zdroje podělit rovným dílem. To za podmínky, že se o tyto zdroje rovným dílem zasloužili. Zkusme tedy toto pojetí spravedlnosti, nazvat spravedlností zásluhovou. Zasloužil jsem se menším dílem, můžu nárokovat pouze menší díl zdroje. O podobném druhu spravedlnosti hovoří Váně (2007) kdy tvrdí, že nejvlivnějším společenským fenoménem je fenomén trhu. Vyjádřením tohoto faktoru v teorii spravedlnosti je pak kritérium distribuce.

Dalším rozměrem sociální spravedlnosti může být situace řešení následků škod způsobených jednou bytostí druhé. Pokud zvíře dejme tomu prase, poničí někomu zahradu, tak se asi na zvířeti moc spravedlnosti nárokovat nedá, ale pokud by totožnou škodu způsobil člověk člověku, tak už bych považoval jako spravedlivé, aby ten, kdo škodu způsobil ji také napravil, nebo nahradil nějakým zdrojem v obdobné hodnotě. Tento typ spravedlnosti bychom mohli nazvat spravedlností zodpovědností. Způsobil jsem svým jednáním někomu škodu, tak jsem zodpovědný za nápravu té škody.

Podle ústavního zákona č.2 1993 Sb. Listiny základních práv a svobod (dále jen LZPS) je základním právem v oblasti spravedlnosti právo na spravedlivý proces. Pohříchu je to mezi

ústavními zákony jedna z mála definicí spravedlnosti. Nicméně pro mé účely je tato definice směřována spíše do roviny právně exekutivní. Tento směr v této práci nechci sledovat.

A co je vlastně spravedlivé v situaci, kdy dva jedinci mají stejné možnosti pro získání zdrojů pro zajištění své existence, ale bohužel jeden z nich má ze zdravotních důvodů sníženou schopnost přičinit se o své sebezabezpečení? V situacích jako je předchozí nastupuje další princip české sociální politiky a to solidarita.

Solidarita je princip, který hledá uznání vyváženosti mezi možnostmi a schopnostmi aktivně vytvářet společné zdroje pro společný užitek lidí bez zdravotního postižení a lidí se sníženou zdravotní schopností. V podstatě jde o uznání většiny, že někdo slabší a méně schopný udělal maximum z toho, co bylo v jeho silách, aby přispěl ke tvorbě zdrojů stejně jako ostatní.

Jak uvádí V. Krebs (2015) „T. G. Masaryk vymezil solidaritu jako etický příkaz, *„neboť člověk je dlužníkem společnosti, a zříká-li se svých práv, privilegií, ve shodě s ideou solidarity, je to jen splácení dluhu za prospěch, který skýtá společnost jednotlivci, rovněž jako dluh generacím minulým, jejichž statky nakupené pílí jsou mu k dispozici, a povinností všech lidí je solidárně pracovat na rozhojnění tohoto bohatství“*

Subsidiarita je principem, který se překládá jako hledej schopnosti řešení své situace nejdříve u sebe a až když nenalézáš vhodné řešení tak žádej o pomoc své nejbližší, svoji rodinu, své přátele a známé, pak zástupce své komunity a dále postupně až k nejvzdálenější možné pomoci, státu. Princip subsidiarity se dá tedy obrazně vysvětlit tak, že člověk je jádrem cibule a hledá pomoc pro řešení své nepříznivé situace po vrstvách od jádra cibule směrem ke slupce.

Participace je principem podobným subsidiaritě, ale z jiného úhlu pohledu a to, že každý člověk ve společnosti by se měl svým dílem maximálně přičinit o to, aby se z role pasivního příjemce sociální pomoci dokázal vypracovat do role spolutvůrce zdrojů sociálního systému a pomáhal tak přiměřeně svým možnostem sobě, ale i druhým lidem ve svém okolí. Tento princip klade velkou váhu na zodpovědnost každého člověka žijícího v demokratickém společenství. Podstatou je, aby objektivně dokázal prosazovat svá práva a nároky, ale dokázal i přijímat povinnosti zasloužit se přiměřeně svým možnostem o společné zdroje. Alespoň takto je možno vnímat ustanovení Listiny základních práv a svobod hlavy čtvrté článku 26 bod 3, který uvádí že *„Každý má právo získávat prostředky pro své životní potřeby prací. Občany, kteří toto právo nemohou bez své viny vykonávat, stát v přiměřeném rozsahu hmotně zajišťuje; podmínky*

stanoví zákon.“ Participace neboli spolu účastenství na své životní úrovni, je také silnou motivací pro každého jedince. Například ve sborníku XIII. Hradeckých dní sociální práce v příspěvku autorského týmu Jana Stuchlíka s názvem Podporované zaměstnávání- Model IPS je participace člověka s duševním postižením prezentována tak, že placená práce zlepšuje zdravotní stav, zlepšuje sebevědomí, zvyšuje kvalitu života a také snižuje množství příznaků duševní nemoci. (Pospíšil, Smutková 2017, s.502)

3.3 Kontexty motivace účastníků rehabilitace na mikroúrovni

Mikroúrovni pro tuto práci mám na mysli každého jednotlivce, člověka, který žije na území České republiky v současnosti. Podle Maslowovy pyramidy potřeb volně řečeno, máme všichni několik úrovní potřeb. Základními kameny našich potřeb je pohybovat se, mít co jíst a v případě nepřízně počasí mít oděv, abychom neprochladli. Dalšími stupni jsou potřeby bezpečí a jistoty, kde vnímám pro naše účely největší zájem člověka „mít kde složit hlavu.“ Další úrovní je pak potřeba sounáležitosti a lásky, tzn. být přijímán jiným člověkem a přijímat i ostatní lidi ve svém okolí bez vražedných úmyslů. Následuje potřeba uznání a seberealizace.

Naši motivací je tedy velmi pravděpodobně v našem individuálním chápání života náš vlastní plnohodnotný život. Tento termín je pro každého úplně jiný, někdo je spokojený s málem a stačí mu skromné jídlo, šat a uložit se ke spánku po širým nebem, někdo se nespokojí ani s nejlepšími pokrmy, nejdražšími šaty a největší vilou. Pravdou je, že lidé velmi bohatí povětšinou nebývají klienty sociální práce, a proto se tedy vrátím ke skupině osob potřebných, kteří se svojí životní situací nejsou spokojeni a přesto, že vyzkoušeli jim všechny známe a dostupné zdroje, tak selhávají v sebezabezpečení svých potřeb.

Například Krhutová (2013b) popisuje dle mého termínu plnohodnotný život termínem osobní autonomie, kdy jedním ze znaků osobní autonomie osob s disabilitou, je schopnost založit vlastní rodinu. Dále Krhutová ve své publikaci (2013a) uvádí, že Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením zavazuje členské státy k zajištění plného a rovného užívání všech lidských práv a základních svobod. Z mého pohledu je pak skutečnou výzvou sociální politiky v ČR snažit se tento svůj závazek maximálně naplňovat.

Pokud vezmu v úvahu příklad svých životních zkušeností, tak po ukončení období získávání znalostí a zkušeností v mladém věku, jsem se začal starat o své zabezpečení po ukončení závěrečných maturitních zkoušek. Považoval jsem za automatické, že po skončení studia

nastoupím do zaměstnání, abych si stejně jako rodiče a starší sourozenci zajistil dostatek zdrojů pro zajištění svých potřeb. Zkušeností při hledání možností, jak si zajistit dostatek zdrojů jsem zjistil, že jsou obtížnější a jednodušší způsoby výdělků. Vlastní manuální práce byla jistě stabilním zdrojem, ale náročnějším, než obchodní činnost při nákupu a prodeji zboží, nebo zajištění manuální práce prostřednictvím jiných osob. Tímto příkladem se snažím naznačit, že je obvyklé, že lidé v případě zkušeností s různými možnostmi zajištění svých potřeb, zpravidla volí jednodušší a snadnější způsob. Bohužel se za téměř 30 let tržního hospodářství v ČR podařilo pro některé osoby vybudovat natolik protektivní prostředí, které demotivuje určité skupiny osob dávkami sociální podpory a péče, včetně invalidních důchodů. To má z části demotivační vliv obavy o ztrátu výhodněji – bezpracně nabytých zdrojů a z druhé části dostatečné saturace potřeb skromněji zaměřených lidí. Následkem pak je snížená motivace zajistit si své potřeby více soběstačně.

Motivací na základní mikroúrovni subjektů rehabilitace tedy vnímám, snahu jedince o co největší zisk zdrojů za co nejmenší námahy a vlastního přičinění. Připouštím, že nelze toto mé tvrzení brát za 100% popis stavu, různí lidé mohou mít i různé strategie, ale v principu jsem přesvědčený, že toto tvrzení má obecnou platnost.

3.4 Kontexty motivace subjektů rehabilitace na mezoúrovni

Pojďme se nyní zaměřit na mezoúroveň rehabilitačního systému, tedy strukturu organizací, které jsou realizátory rehabilitačních nástrojů. Pro zjištění motivace těchto subjektů je zcela jistě nutné popsat jejich zřizovatele a účel k jakému, která organizace slouží. Záměrně zvolím opačné pořadí subjektů než v první kapitole a to proto, že zaměstnání na volném trhu vnímám v hierarchii všech subjektů za nejnáročnější z pohledu kritéria propojení požadavků na pracovní místo s možnostmi a schopnosti rehabilitované osoby.

Zaměstnavatelé na volném pracovním trhu v soukromém komerčním sektoru jsou obvykle založeny za účelem dosažení zisku. Jsou financováni v počátcích zakladateli, ale již při založení je očekávána návratnost startovní investice a následně vytváření zisku, který se zčásti použije pro rozvoj společnosti a zčásti k uspokojování potřeb zakladatelů. První motivací je pro komerční subjekty tedy zisk. Druhou motivací je udržet si konkurenceschopnost, aby mohl být případný zisk stabilním. Nedílnou součástí motivace je tedy uspět v tržním prostředí v plně konkurenčním trhu. Z těchto důvodů je pak prioritou každého komerčního zaměstnavatele mít ve svém týmu nejschopnější a nejvýkonnější zaměstnance, které mu zisk a

konkurenceschopnost zajistí. Podobné potřeby zaměstnavatelů, ale s pozorovatelně nižšími nároky na výkonnost je pak volný pracovní trh v organizacích zřizovaných státem a samosprávnými celky.

Zaměstnavatelé na chráněném trhu mají oproti komerčním subjektům trojí roli. Jsou založeni majiteli (v českých podmínkách nejčastěji rodinami) za účelem zisku. Musí tedy dbát o co možná nejvýkonnější tým pracovníků pro konkurenceschopnost stejně jako komerční zaměstnavatelé. Jejich posláním je přitom poskytovat OZP prostor pro jejich pracovní uplatnění v takovém výkonu a zatížení, které je pro OZP dlouhodobě udržitelné. Zároveň musí mezi těmito rolmi ještě vykonávat roli advokáta, mezi oběma polohami. Pro byznysové partnery je podstatné, aby měli spolehlivý výkon, který není dražší, než kdyby zakázku vykonávali vlastními zaměstnanci. Pro OZP zaměstnance je podstatné, aby pracoviště a zakázka umožňovali individuální přístup a variabilitu v případech nepředvídatelné a nepředpokládané nepřítomnosti a do únosné míry i počáteční nebo trvale sníženou výkonnost z důvodů disability. Za tuto roli pak stát prostřednictvím Ministerstva práce a sociálních věcí (dále MPSV) zaměstnavatelům na chráněném trhu přispívá dle §78 zák. č.435/2004 Sb. na podporu zaměstnávání OZP. Motivací tedy pro zaměstnavatele na chráněném trhu je hledání rovnováhy mezi výkonem pracovníků OZP na komerčních zakázkách a ziskem v kontextu příspěvku MPSV na podporu zaměstnávání OZP, který je vyplácen na každou OZP osobu se statutem OZZ nebo některého ze stupňů invalidity.

Sociálně terapeutické dílny (dále STD) jsou prostředí, které je upraveno dle § 67 zákona 108/2006 Sb. Zřizovatelem STD jsou občanská sdružení (nejčastěji sdružení rodičů dětí s disabilitou) a neziskové organizace specializované na sociální práci s osobami s disabilitou. Důvodem realizace činností STD jsou nácvik a udržení sociálních návyků, které jsou podstatné pro získání a udržení pracovních návyků. Plátcem nákladů STD pak jsou společně obce a krajské úřady, v některých případech se může na úhradě nákladů podílet i MPSV. Motivací v STD tedy proto není zisk a nejlepší pracovní výkon zaměstnanců pro konkurenceschopnost, ale příprava sociálních návyků pro zisk a udržení návyků pracovních v kontextu úhrady nákladů služby vypočítávané na hodiny poskytnutých služeb skupině klientů v péči STD.

Organizace poskytující služby sociální rehabilitace (dále jen RS) jsou prostředí, které je upraveno §70 zákona č. 108/2006 Sb. Zřizovateli jsou nejčastěji podobně jako STD občanská sdružení a neziskové organizace. Důvodem pro existenci sociální rehabilitace je potřeba

nácviku úkonů pro soběstačnost a sebeobsahu a dále nácviku sociálních dovedností ve vztahu k sociálnímu prostředí. Plátcem nákladů RS jsou stejné jako u STD. Motivací RS pak je posilovat silné stránky osoby s disabilitou pro získání soběstačnosti v sebeobsluze a kontaktu se sociálním prostředím v kontextu úhrad donátorů stejně jako STD.

Organizace poskytující pedagogickou rehabilitaci (dále jen RP) jsou převážně organizacemi speciálního školství pro osoby věku od 3 do 26 let. Prostředí RP je upraveno zákonem č. 561/2004 Sb. školský zákon například v §16, 48 a dalších. Zřizovatelem organizací speciálního školství mohou být obce, nebo krajské úřady. Důvodem pro existenci speciálního školství jako formy RP je individuální přístup k žákům se specifickými vzdělávacími potřebami z důvodu disability. Plátcem nákladů na realizaci RP jsou obce a kraje. Motivací zřizovatelů není zisk a konkurence s komerčními subjekty, ale zajištění chodu organizace s co nejkvalitnějším personálem. Tímto dochází k naplnění co možná největšího vzdělání studentů s disabilitou pro jejich budoucí maximální soběstačnost v osobním i pracovním životě.

Organizace poskytující lékařskou, neboli zdravotní rehabilitaci (dále jen RZ) jsou subjekty soukromých praktických lékařů, zdravotnických léčebných zařízení a rehabilitačních ústavů. Prostředí RZ je upraveno zákonem 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zřizovateli subjektů RZ jsou soukromé osoby, krajské úřady a ministerstvo zdravotnictví. Důvodem pro existenci RZ je specifická dovednost při péči o bio-psycho kondici OZP, kterou je v rámci aktuálního poznání schopno léčebnými postupy posílit na maximální úroveň. Úhrady zdravotní péče jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění a to dle zákona č.48/1997 Sb. Pravidla pro čerpání úhrad jsou pak stanoveny úhradovou vyhláškou. Motivací zřizovatelů v RZ není zisk (pominu-li některé soukromé rehabilitační subjekty), ale zajištění organizace kvalitním personálem pro co nejlepší péči o pacienty a to nejen o OZP. I zde můžeme identifikovat motivaci RZ v maximalizaci schopností osob s disabilitou, pro jejich budoucí potenciál maximální soběstačnosti.

3.5 Kontexty motivace organizátora a plátce rehabilitace na makroúrovni

Když si představíme národní státy jako organizační složky společného života množiny lidí na území vymezeném hranicemi, tak tato organizační složka má dbát na ekonomickou udržitelnost společnosti, pokud možno s vizí růstu životní úrovně svých obyvatel. Toho český stát chce dosahovat výše uvedenými principy sociální politiky a to Spravedlnosti, Solidarity, Subsidiarity a Participace. Nicméně, pokud se budu soustředit na motivaci státu v logice motivace mezo

úrovně, jak by mohla taková definice znít? Stát je zřízen svými občany, kteří dodržují jeho zákony. Stát je financovaný z ekonomické činnosti svých občanů a právnických osob působících na svém území. Důvodem pro zřízení státu je ochrana společných hodnot a hodnot kulturního dědictví našich předků. Úhrady na financování péče o své občany stát čerpá znovu od občanů. Motivací státu tedy může být, mít na svém území co možná největší počet občanů, kteří budou ekonomicky aktivní, aby mohl stát získávat dostatečný objem zdrojů a plnit účel své existence.

Pokud se podíváme na opravdu velmi stručný přehled toho, co každý občan české republiky potřebuje, zjistíme, že česká společnost je vynikající v zajišťování potřeb v prvním stupni Maslowovi pyramidy potřeb. Usuzuji tak z prostého důvodu, při svých cestách po českých obcích a městech nepotkávám nahé lidi, kteří se nemohou pohybovat a kterým bychom alespoň prostřednictvím některé sociální služby neposkytli základní potraviny. Nicméně v přístup k druhému stupni potřeby bezpečí a obydlí to je v současnosti již zcela jiné. Státní zřízení s tržní ekonomikou, které v současnosti zažíváme v ČR dělá z možnosti bydlet zboží a motivaci pro své občany k aktivitě. Nejinak je tomu v ostatních vyšších stupních potřeb, tak jak jsem je naznačil v podkapitole motivace rehabilitace na mikroúrovni.

Shrnutí teoretické části

Cílem teoretické částí práce bylo připravit teoretické zázemí pro hlavní cíl diplomové práce a tím je identifikace a posouzení bariér bránících prostupnosti OZP mezi články rehabilitací od léčebné, přes pedagogickou, sociální, pracovní až po volný pracovní trh z pohledu procesu Case managementu při realizaci sociální rehabilitace a prostupu klientů mezi jednotlivými odbornými subjekty v regionu města Hradec Králové a Královéhradeckého kraje

V první kapitole byl popsán pojem Rehabilitace a historický vývoj tohoto pojmu. V podkapitolách pak byli popsány pojmy osoby s disabilitou jako poměrně novým pojmenováním osob se zdravotním postižením. Byla popsána rehabilitace zdravotní, která obsahuje všechny typy lékařských úkonů, které mají za cíl zlepšit, nebo udržet zdravotní stav osob s disabilitou. Dále rehabilitace pedagogická, která má za cíl vzdělávat osoby s disabilitou s běžnými vzdělávacími prostředky, ale i speciálními postupy speciální pedagogiky. Věnoval jsem se ukotvení i rehabilitace sociální, která postihuje oblast sociálních interakcí osob s disabilitou se svým okolím. Rehabilitaci pracovní jsem pak zařadil jako další stupeň růstu k soběstačnosti, který navazuje na sociální oblast a zároveň na volný pracovní trh, který alespoň

v mých úvahách je nejvyšším stupněm možné soběstačnosti osoby s disabilitou. Case management je pak důležitým nástrojem k použití, buď jednotlivých nástrojů pro podporu disabilitní osoby, nebo možnost zapojení víceoborové podpory v případech kdy je to potřeba.

V druhé kapitole jsem se zaměřil na popis principiálních prvků fungování rehabilitačního systému. Definoval jsem jak vnímám status osob rehabilitovaných a habilitovaných. Popsal jsem problematiku prostupnosti a propustnosti rehabilitačního systému, která vysvětluje možnosti prostupu osob s disabilitou, ale i třeba bariérami propustnosti mezi rehabilitačními odbornostmi. Jako příklad prostupnosti jsem uvedl německý model rehabilitačního systému. Formuloval jsem princip podmíněnosti v kontextu s principem povinnosti, které mohou být bariérou k naplňování principů sociální politiky ČR. V poslední podkapitole jsem pak popsal možný cíl všech rehabilitačních aktivit a to, podpořit jedince v jeho cestě od závislosti k soběstačnosti.

Třetí kapitola je pak zaměřena na popis kontextů motivací jednotlivých subjektů rehabilitačního systému.

Obsahem teoretické části jsem definoval potřebné termíny a principy, které vytvořily podmínky pro zpracování empirické části mé práce.

II. Empirická část

4 Výzkumný cíl

Výzkumným cílem diplomové práce je identifikace a posouzení bariér bránících prostupnosti osob s disabilitou mezi články rehabilitací od léčebné, přes pedagogickou, sociální až po pracovní z pohledu Case managementu při realizaci sociální rehabilitace a prostupu klientů mezi jednotlivými odbornými subjekty v regionu města Hradec Králové a Královéhradeckého kraje.

Při volbě výzkumného cíle jsem vycházel ze své profesní znalosti a mého osobního zájmu o problematiku multioborového dostupného rehabilitačního systému. Na začátku jsem uvažoval o cíli pojmut téma komplexněji, tedy postihnout potřeby osob s disabilitou, popsat potřeby organizací, které přímo podporují tyto osoby a jsou součástí multioborového systému, ale popsat i potřeby a motivaci státu, který prostřednictvím svých institucí organizuje, koordinuje a platí péči a podporu osob s disabilitou. Bohužel se taková představa ukázala pro účel výzkumu diplomové práce nereálná, protože by výzkum byl významně obsahově a časově náročnější než dané termíny pro zpracování a mé osobní možnosti.

Přesto mám zájem zrekapitulovat, kdo je kdo mezi rehabilitačními subjekty a jakým způsobem následně ovlivňuje fungování rehabilitačního systému. V první řadě jsou to osoby se speciálním zdravotním stavem, které jsou v některých schopnostech dočasně nebo trvale disabilní. Tato skupina osob tím nutně nemusí, ale může, mít díky svému stavu fyzický, psychický, nebo sociální hendikep pro své rovnoprávné společenské uplatnění. Osoby, které některý z uvedených hendikepů pociťují, jsou pak uživateli rehabilitačního systému. V mé optice tedy osobami rehabilitovanými. Takovými mohou být například osoby se zrakovým, sluchovým, mentálním, psychiatrickým, nebo fyzickým postižením, po onkologickém onemocnění, po úrazech a nehodách, s cukrovkou, nebo roztroušenou sklerózou a další.

Druhou skupinou aktérů rehabilitačního systému jsou organizace, které poskytují své služby rehabilitovaným osobám. Jsou to organizace zdravotní, pedagogické, sociální, chráněného a volného pracovního trhu. V mém pojetí oproti mně doposud známým publikacím je ve škále organizací tedy rehabilitační systém rozšířený o kategorii volný pracovní trh.

Příkladem subjektů komplexního rehabilitačního systému jsou praktičtí lékaři, lékaři pracovního lékařství, rehabilitační kliniky, rehabilitační ústavy, speciální a praktické školy, sociální služby a sociální ústavy, zaměstnavatelé chráněného trhu a zaměstnavatelé volného trhu v komerční a nekomerční sféře.

Třetí skupinou jsou pak organizace státní správy a samosprávy, které organizují, koordinují a poskytují finanční prostředky na svoji vlastní činnost, na činnost organizací pečujících o rehabilitované osoby s disabilitou a konečně také poskytují dávky a příspěvky přímo osobám s disabilitou. Jmenovitě to jsou například ministerstva zdravotnictví, práce a sociálních věcí, školství, průmyslu a obchodu, pro místní rozvoj a jejich příspěvkové organizace. Například Česká správa a okresní správy sociálního zabezpečení, Lékařská posudková služba, Úřad práce ČR a dále jsou to krajské úřady, obce a města.

Proto jsem se po důkladné rozvaze rozhodl, že pro naplnění cíle práce zvolím výběr skupiny subjektů na mezoúrovni rehabilitačního systému, a to organizací, které přímo poskytují služby rehabilitovaným osobám.

4.1 Výzkumný problém

Důvodem pro realizaci výzkumu v plánované podobě je situace, kdy se i při existenci dostatečné škály rehabilitačních organizací setkávám ve svém profesním životě na pohovorech při náboru nových zaměstnanců s lidmi s disabilitou, kteří nemají dostatek kompetencí a způsobilosti k výkonu zaměstnání. Zároveň, ačkoliv je moje společnost velmi aktivní a známá mezi organizacemi napříč spektrem rehabilitačních odborností, tak se na nás neobrací žádní zástupci organizací, abychom jim pomohli řešit situaci osob, které jsou v jejich rehabilitační péči. Velmi zřídka se na nás obrací sami disabilní osoby se zájmem o pomoc, a pokud ano, tak je to hlavně spíše proto, že si na nás najdou kontakt na internetu, nebo na osobní doporučení některého ze stávajících, nebo bývalých zaměstnanců. A v neposlední řadě jsou problémem situace, kdy zažíváme krizové události ve spolupráci s našimi stávajícími kolegy a nemáme možnost ani povědomí o kontaktní osobě, nebo kontaktní organizaci pro konzultaci této kritické události. Domnívám se proto, že v rehabilitačním systému jsou bariéry, které brání osobám s disabilitou v prostupu rehabilitačním systémem a organizacím brání v propustnosti disabilních osob do právního vztahu s organizací, kde by mohli dosáhnout vyšší soběstačnosti.

4.2 Metodika a sběr vstupních informací

Protože mám zájem výzkumem prozkoumat a nalézat obsahová témata, zvolil jsem kvalitativní výzkumnou strategii, kdy například Reichel (2009) definuje kvalitativní přístup, jako řadu postupů, které jsou schopny nalézat porozumění zkoumaného sociálního problému. Hendl (2005, s.43) například uvádí, že posláním kvalitativního výzkumu je „*Ukázat, jak lidé v každodenních situacích rozumí probíhajícím procesům, jak je zvládají a jak provádějí akce.*“

Pro získání dat jsem záměrně vybral techniku polostrukturovaného rozhovoru, který mi maximálně umožní upřesnit tazatelské otázky pro informanty (dále jen IFR), kteří jsou kvůli specifickému cíli mé práce nehomogenní skupinou, od které ale potřebuji maximálně porovnatelné informace. Například Miovský (2006) uvádí, že výzkumník při polostrukturovaném rozhovoru vytváří okruhy otázek, které potom s respondenty při rozhovoru probírá. Nemusí však být zcela vázán pevnou strukturou, ale může měnit i pořadí otázek. Změny pořadí může přizpůsobovat okolnostem – tj. podle toho, jak celý rozhovor probíhá. Kromě toho se podle Miovského mohou přidat k základním otázkám otázky doplňující i nová témata. Záleží jen na tazateli, zda je považuje za relevantní ke zvolenému tématu.

4.3 Formulace hlavního cíle a rozvedení dílčích cílů výzkumu

Hlavním cílem (dále jen HC) práce je identifikovat a posoudit bariéry bránící prostupnosti osob s disabilitou mezi články rehabilitací od léčebné, přes pedagogickou, sociální, pracovní až na volný pracovní trh z pohledu aktérů rehabilitačního procesu a z pohledu jednotlivých aktérů rehabilitačního systému.

Dílčím cílem 1 (dále jen DC1) je identifikovat bariéry bránící prostupnosti osob s disabilitou na straně organizací poskytujících rehabilitační aktivity.

Dílčím cílem 2 (dále jen DC2) je identifikovat bariéry bránící prostupnosti osob s disabilitou na straně zákonných norem pro oblast jednotlivých rehabilitačních odborností.

Dílčím cílem 3 (dále jen DC3) je posoudit příležitosti case managementu sociální rehabilitace pro překonávání bariér bránících prostupnosti osobám s disabilitou na straně rehabilitačních organizací a zákonných norem.

4.4 Transformační tabulka

Transformační tabulka				
Hlavní cíl:		Dílčí cíle:		Tazatelské otázky
Identifikovat a posoudit bariéry bránící prostupnosti osob s disabilitou mezi články rehabilitací od léčebné, přes pedagogickou, sociální, pracovní až na volný pracovní trh z pohledu aktérů rehabilitačního procesu.	DC1	Identifikovat a posoudit bariéry na straně organizace, bránící možnosti prostupu osob s disabilitou do jiného, více soběstačného článku rehabilitačních aktivit	TO1	Existuje dle Vaší praktické zkušenosti nějaká skupina osob, která po absolvování Vaší péče vyžaduje další odbornou podporu? Pokud ano, jaká jsou specifika těchto skupin?
			TO2	Pokud odpověď na TO1 zní ano, tak kolik osob za rok se dle vaší praxe jedná?
			TO3	Existuje dle Vaší praxe skupina osob, které by významně ulehčila návrat do zaměstnání multioborová podpora specialistů z dalších rehabilitačních oborů? Pokud ano, jaké jsou specifika těchto skupin?
			TO4	Pokud odpověď na TO3 zní ano, tak o kolik osob za rok se dle vaší praxe jedná?
			TO5	Jak často za rok a jaké další odborníky využíváte při podpoře osob, které využívají Vaše služby?
	DC2	Identifikovata posoudit bariéry na straně zákonných norem, bránících možnosti prostupu osob s disabilitou do jiného, více soběstačného článku rehabilitačních aktivit	TO6	Co brání z pohledu Vaší praxe rehabilitovaným osobám v možnosti využít multioborové podpory ve Vaší organizaci?
			TO7	Co brání Vám a Vaší organizaci v možnosti využití multioborové podpory osobám využívajících Vaše služby?
			TO7	Jaké máte zákonné možnosti přizvat ke spolupráci na případě osoby v péči Vaší organizace jiné odbornosti?
			TO8	Jaké odbornosti využíváte v současnosti ke spolupráci?
			TO9	Jaké odbornosti byste potřebovali využít více pro podporu osob v péči Vaší organizace?

		TO10	Kdo je ve Vaší organizaci dle legislativy oprávněn vyžadovat další odbornou pomoc pro osoby, kterým poskytujete péči?
		TO11	Jaké legislativní bariéry Vám brání využít multioborovou podporu jiných rehabilitačních organizací pro podporu osob v péči Vaší organizace?
DC3	Identifikovat a posoudit příležitosti Case managementu sociální rehabilitace pro překonání bariér organizací a zákonných norem bránících prostupu osob s disabilitou do jiného, více soběstačného článku rehabilitačních aktivit	TO12	Jak spolupracujete s organizací poskytující službu sociální rehabilitace?
		TO13	Jak spolupracujete s organizací poskytující službu pedagogické rehabilitace?
		TO14	Jak spolupracujete s organizací poskytující službu pracovní rehabilitace?
		TO15	Jak spolupracujete s nějakým zaměstnavatelem volného trhu při hledání pracovního uplatnění osob v péči Vaší organizace?
		TO16	Pokud by existovala služba sociální rehabilitace, která by byla schopna organizovat a koordinovat multioborovou podporu osobě v péči Vaší organizace, ve kterých oblastech byste její podporu nejvíce přivítali?

4.5 Popis výzkumného souboru a zdůvodnění jeho výběru

Při volbě respondentů pro výzkumnou část práce, vycházím z dlouholeté praxe v oblasti zaměstnávání osob s disabilitou. Za dobu více než 10 let jsem se účastnil mnoha odborných seminářů a konferencí, kde jsem se setkával s mnoha praktickými odborníky z různých oblastí rehabilitačních odborností. Bohužel většina z nich byla tematicky úzce ohraničena a účastníci neměli schopnost přesahu a zkušenosti s jiným oborem než svým.

Z toho důvodu, že v královéhradeckém regionu chybělo setkání odborníků napříč multioborovým spektrem rehabilitací, jsem setkávání zaměstnavatelů chráněného trhu asociovaných v Asociaci zaměstnavatelů osob se zdravotním postižením ČR modifikoval, na

setkávání zaměstnavatelů chráněného trhu a navazujících odborníků, kteří práci v rehabilitačním systému ovlivňují. V letošním roce šlo již o čtvrté rozšířené setkání, kdy se 12. 2. 2018 v prostorách zasedací místnosti Univerzity Hradec Králové, Fakulty informatiky a managementu, podařilo smluvit na jedno místo téměř kompletní portfolio subjektů napříč celým systémem multioborového pojetí rehabilitace osob se zdravotním postižením. Výše uvedené zkušenosti mne pak vedly k výběru subjektů a osob, které budou schopny reprezentativně zastoupit jednotlivé odbornosti.

Pro oblast zdravotní rehabilitace jsem vybral zástupce rehabilitační kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové a zástupce rehabilitačního úseku Hamzovy odborné léčebny pro děti a dospělé v Luži-Košumberku.

Pro oblast pedagogické rehabilitace jsem vybral po jednom zástupci ze speciálních škol v Hradci Králové a jedním zástupci speciální praktické a střední školy v Novém Městě nad Metují.

Pro oblast sociální rehabilitace jsem vybral zástupce organizace zabývající se sociálními službami pro osoby se zrakovým postižením, a dále jednoho zástupce organizace poskytujícího sociální služby osobám s mentálním postižením. Obě organizace působí v Hradci Králové.

Pro oblast pracovní rehabilitace jsem vybral zaměstnavatele na chráněném trhu působícího v Hradci Králové a dále zástupce zaměstnavatele na chráněném trhu pracujícího v Nové Pace.

Pro oblast zaměstnávání na volném pracovním trhu jsem si k rozhovoru vybral zaměstnavatele ve středním školství s působností v Hradci Králové, který reprezentoval nekomerčního zaměstnavatele a komerčního zaměstnavatele zabývajícího se průmyslovou výrobou, působícího v městysu Nový Hrádek.

4.6 Technika sběru dat

Předpokládaný průběh sběru dat pro empirickou část práce bude probíhat v měsících leden až červen 2018. Pro získání dat budu v rámci výzkumu využívat polostrukturované rozhovory s informanty z předem vybraných organizací rehabilitačního systému. V rámci rozhovorů se budu maximálně snažit o ponechání prostoru informantům pro jejich popis jimi prožívané profesní reality v kontextu s dotazy. Rozhovory s informanty budu nahrávat na záznamník, následně nahrávky převedu do písemné podoby.

Skutečný průběh sběru dat probíhal v rozmezí od 13. 6. 2018 do 3. 7. 2018

4.7 Etická dilemata výzkumu

V průběhu přípravy, realizace a následného zpracování dat rozhovorů jsem pečlivě dbal na ochranu osobních dat informantů výzkumu. Při přípravě tabulky informantů jsem pak řešil i dilema GDPR a anonymizace informantů. Rozhodl jsem se jít na hranici této směrnice a z důvodu účelu celé práce neponechat v přehledu názvy organizací. Na začátku každého rozhovoru jsem informanty seznámil s účelem rozhovoru a vyžádal si od nich ústní souhlas s nahráváním našeho rozhovoru. Informoval jsem je také, že následně budu rozhovory přepisovat, abych s nimi mohl pracovat při vyhodnocování jednotlivých dílčích cílů a tazatelských otázek.

Tabulka 2: Sociodemografické údaje informantů výzkumu

kód informanta	odbornost	organizace	úroveň pracovní pozice	gender	úroveň dosaženého vzdělání
01ZR	léčebná rehabilitace		náměstek rehabilitace	Žena	Vš. Bc.
02ZR	léčebná rehabilitace		vrchní fyzioterapeut	Muž	Vš. Mgr.
01PR	pedagogická rehabilitace		ředitel	žena	Vš. PaedDr.
02PR	pedagogická rehabilitace		ředitel	muž	Vš. PaedDr.
01SR	sociální rehabilitace		ředitel	žena	Vš. Mgr.
02SR	sociální rehabilitace		ředitel	žena	Vš Mgr.
01WR	pracovní rehabilitace		ředitel	muž	Vš. Ing.
02WR	pracovní rehabilitace		ředitel	muž	
01ZVT	zaměstnavtel volného trhu		ředitel	muž	Vš. Ing.
02ZVT	zaměstnavtel volného trhu		majitel	muž	Vš. Ing.

Určitým rizikem výzkumu jistě je relativně malý vzorek informantů, který je ale uvědomělý a záměrný. Výsledky výzkumu mají mít hlavně regionální než obecnou platnost, tak jak jsem celou práci projektoval, a to pro oblast Hradec Králové a Královéhradecký kraj.

4.8 Charakteristika výzkumného vzorku

Jak vyplívá z výše uvedeného, tak tímto výběrem byl zvolen výzkumný vzorek, který splňuje následující kritéria:

- Všichni respondenti realizují své aktivity v území cíle práce a výzkumu, a to v Hradci Králové a Královéhradeckém kraji.
- Všichni respondenti jsou zástupci organizací v zamýšlené struktuře organizací multioborového rehabilitačního systému.
- Všichni respondenti jsou vedoucími, nebo řídicími pracovníky s přehledem o potřebách a limitech svých organizací v kontextu tématu práce.
- Celý výzkumný vzorek pokrývá kompletní škálu organizací multioborového systému rehabilitace.

Výběr vzorku respondentů pro výzkumnou část tedy byl **výběrem záměrným**, který je pro účely výzkumu příznačný, protože je třeba vybrat nositele konkrétních charakteristik (Švec, 1998)

5 Výsledek výzkumného šetření

V této části práce bude provedeno vyhodnocení jednotlivých dílčích cílů a informací zjištěných dle tazatelských otázek. Provedu analýzu získaných dat všech informantů, kteří byli specificky vybráni za účelem postihnout komplexního rehabilitačního systému a budu verifikovat ty zjištěné informace, které budou souviset s tématem výzkumu. Například Švaříček (2007) uvádí, že kvalitativní výzkum pomocí analýz dat objasňuje významové vztahy a tvoří logické celky. Výzkumníci ale netvoří žádné nové materiály, ale pracují jen a pouze s již existujícími daty. To znamená, že bude proveden filtr informací, které se při rozhovorech s informanty zaznamenaly a následně bude na základě specifických výzkumných otázek formulována odpověď na základní výzkumnou otázku.

5.1 Analýza informací k DC1

TO1

Existuje dle Vaší praktické zkušenosti nějaká skupina osob, která po absolvování Vaší péče vyžaduje další odbornou podporu? Pokud ano, jaké jsou specifika těchto skupin?

01ZR k TO1 uvedl, že v případě jejich organizace odborná pomoc závisí na pohybových potížích rehabilitovaných osob. Někdy nastupují sociální pracovníce (dále jen SP), někdy je potřeba aby SP kontaktovala rodinu a SP v místě bydliště. Pracovnice organizace jsou schopny dát i kontakt na potencionální zaměstnavatele, ale i na místně příslušné ÚP. Pracovníky ÚP informují, že se v jejich regionu někdo takový objeví. Spolupracují i s jednou společností na chráněném trhu. Kontakty na zaměstnavatele volného trhu nedisponují, mají ale možnost dotazu k sociálním pracovníkům v jejich organizaci, kteří mohou nějaké kontakty mít. Občas se stává, že organizaci některý zaměstnavatel osloví sám o zprostředkování kontaktu. „já nemám přesné informace, to mají sociální pracovníce“ uvedl IFR k dotazu na spolupráci s organizacemi volného pracovního trhu.

02ZR k první otázce uvedl „*takových pacientů je celá řada, definovat ji jako jednu skupinu by bylo obtížné, ale napadá mě několik takových skupin*“ jednou ze zmíněných skupin jsou lidé s poškozením mozku, kdy není předvídatelné, jak se léčba bude vyvíjet „*pak to jsou pacienti se ztrátovým poraněním, nebo pacienti po traumatech amputace*“ další skupinou jsou dětští pacienti, kteří se narodili s vývojovými vadami které je pak následně omezují ve výběru aktivit, volby povolání, vzdělání atd. Poslední identifikovanou skupinou jsou pacienti po mrtvicích.

V tomto okamžiku jsem upřesnil, že se ve výzkumu jedná o skupinu osob ekonomicky aktivních, tzn. ve věku 15 – 65 let. „*Pokud bych měl definovat jednu skupinu, tak je to určitě porucha funkce mozku,*“ byla následná odpověď v kontextu TO1 tzn., jestli je potřeba další externí podpory pro osoby v péči informantovi organizace.

01PR IFR uvedl, že se jedná o skupinu žáků praktických dvouletých škol se střední mentální retardací, kteří mají více či méně funkční rodinu. Rizikovým faktorem pak je, že žáci nejsou motivováni „*ale ty děti jako nepotřebují, nechťejí, nemají motivaci, ze strany rodiny není chuť. Říkají si, že zvládli nějakou vzdělávací část a že už si to s dětmi odbydou.*“ IFR také specifikoval skupinu studentů, kteří nemají dostatečné sociální návyky.

02PR „*Samozřejmě absolventi vzdělávacího programu základních a speciálních škol, pokud nejdou na praktickou školu*“ jedná se o studenty se středně těžkým a těžkým mentálním postižením ve věku 15 let a více.

01SR jedná se o osoby, které přicházejí do organizace IFR. V tomto případě mentální postižení, ke kterému se průběhem času přidruží psychiatrický problém, nebo osoby s kombinací disabilit mentální a zrakové apod. Také osoby, u kterých se zjistí v průběhu SR, že nejsou schopny pracovat pět dní v týdnu.

02SR V této oblasti IFR identifikoval tři skupiny OZP. První, která potřebuje docvičit nějakou specifickou dovednost, například orientaci na pracovišti a trasu do práce. Druhou jsou nástroje zprostředkování práce a třetí pak pracovní asistence v rámci pracovní rehabilitace.

01WR „*neumím si představit, jak využít další instituce, které by mohli těm lidem pomoci.*“ Pokud by ale taková možnost byla, tak IFR konstatoval, že by jim taková možnost ulehčila jejich činnost. Sice velmi obtížně v části strojní výroby, ale v oblasti duševní práce mají i pozitivní praktickou zkušenost.

02WR „*no to vidím jedině tu spolupráci s úřadem práce na té přípravě k práci.*“ Reagoval IFR na dotaz. Jinou zkušenost ani potřebu IFR neidentifikoval.

01ZVT IFR hodnotil otázku jako irelevantní.

02ZVT „*problém je v tom, že my se k těmto lidem nedostáváme.*“ IFR hodnotil otázku tak, že neví, kde by měl osoby, které by potřebovaly pomoc, hledat. Upřesnil jsem otázku i na stávající

zaměstnance v životní krizi s hrozbou propuštění. IFR ale nezažívá takový typ krizí, kde by podpora byla vhodná. Buď pracovnice odchází do důchodu, nebo na mateřskou. Při rozšíření dotazu, zda organizaci IFR oslovil někdo z obce s nabídkou zájemce o práci, tak zatím ne, ačkoliv se organizace ptala na obci již ve dvou případech.

TO2

Pokud odpověď na TO1 zní ano, tak o kolik osob za kalendářní rok se dle Vaší praxe jedná?

01ZR Jedná se zhruba o skupinu 30 osob za rok.

02ZR *„asi Vám to neřeknu v absolutních číslech, ale myslím si, že lidí, kteří se můžou vrátit plnohodnotně do života po nějaké mozkové příhodě, je zhruba 30 %, budu říkat do 50 %.“*
Následně IFR uvedl ještě dvě skupiny, a nakonec z celkového počtu pacientů identifikoval skupinu 15 – 30 %, kteří nezbytně potřebují další institucionální péči.

01PR Jedná se o skupinu zhruba 12 studentů. IFR o studentech ví i po skončení studia od spolužáků a rodinných příslušníků. Před rokem 89 zažil IFR systém, kdy student nemohl odejít z dětského domova bez práce a bydlení.

02PR Ročně je takových studentů 2 až 6.

01SR jedná se zhruba o skupinu 20 osob.

02SR *„tak jich není mnoho.....Takže bych to shrnula do pěti lidí ročně, víc ne.“*

01WR Z odpovědi IFR vyplynulo, že ve skupině strojní výroby by se jednalo o cca 5 osob za rok a ve skupině duševních prací by to mohlo být až 10 osob za rok

02WR V podmínkách organizace tak 1 až 2 za rok.

01ZVT bez odpovědi

02ZVT V organizaci by dokázali přijmout až 3 zaměstnance s potřebou odborné podpory.

TO3

Existuje dle Vaší praxe skupina osob, které by významně ulehčila návrat do zaměstnání multioborová podpora specialistů z dalších rehabilitačních oborů? Pokud ano, jaké jsou specifika těchto skupin?

01ZR IFR uvedl, že kromě stejné skupiny jako u TO1 se následně jedná o individuální případy, kdy IFR sdílel v rozhovoru osobní zkušenost s pacientem, který po akutní péči a pohybu pouze na vozíku, tak po 5 letech vlastní aktivity se vypracoval na člověka, který umí chodit po schodech. Nakonec se ho podařilo doporučit na exkurzi k zaměstnavateli z Mladé Boleslavi, a to ho namotivovalo pracovat. Výhodou určitě bylo, že se s tímto pacientem IFR setkával opakovaně *„Je tu opakovaně, opakovaně ho sledujeme, a na jaře to byl takový impuls, kdy jsem říkala, neseďte doma, jděte mezi lidi.“* Někdy se může stát impulsem pro zahájení aktivizace pacienta i setkání s člověkem, který si prošel stejným problémem a zvládl to.

02ZR IFR uvedl, že v případě jejich pacientů je velmi podstatné, kdy by takový multioborový tým k pacientovi přišel, protože změna zdravotního stavu je významná a pacient si musí odžít pocit zmaru a musí se posunout do fáze, že život nekončí, a to trvá nějaký čas. Někdy IFR zažívá situace, kdy se kolem pacienta sejde lékařský tým a pacient prostě není schopen přijmout takové množství informací. Na doplnění dotazu, kdy by bylo vhodné, aby multioborový tým začal pracovat s jejich pacienty, zda buď na konci, nebo v poslední čtvrtině IFR sdělil *„Bud', a vůbec bych to nevztahoval k našemu pracovišti a naší délce hospitalizace, ale skutečně jako fázi ukončení léčebné rehabilitace.“* Dále IFR vyjádřil myšlenku, že nemocniční lůžko není prostředí pro řešení otázek uplatnitelnosti. Jinak to ale vnímal u praktického lékaře, kdy praktický lékař *„je možná ten, kdo má vizi, co s ním dál, co má všechno za sebou.“* Dalším zmíněným lékařem, který by mohl řešit otázku uplatnitelnosti, je podle IFR lékař specialista, který dlouhodobě s pacientem pracuje.

01PR IFR uvedl, že skupina pro TO1 a pro TO3 je naprosto stejná. Studenti nemají motivaci a *„ani v době ekonomické prosperity nejsou místa ani pro tyto děti, protože neumí pracovat samostatně.“* Kde studenti mají podmínky pro zapojení je tréninkové pracoviště Pferda, ale IFR neví, jaký statut mají, zda STD, nebo Chráněné dílny.

02PR zde IFR měl za to, že taková skupina v jeho organizaci není a že potřeby studentů jsou zajištěny individuálně a průběžně již ve stávajícím stavu. Spolupráce probíhá individuálně. Zodpovědnost za péči mají rodiče. Organizace v komplikovanějších případech spolupracuje

s OSPODEM (Orgán sociálně-právní ochrany dětí při městském úřadu). S nikým z organizací na chráněném, nebo volném trhu nespolupracují.

01SR IFR sdělil, že by to mohla být skupina osob ještě před nástupem k nim do sociální rehabilitace, kteří mají trvalé bydliště mimo území města kde poskytují svoje služby.

02SR odpověď na tuto otázku byla IFR naznačena již v TO1. V oblasti nácviku specifických dovedností, zprostředkování zaměstnání a pracovní asistence by byla multioborová pomoc přínosem.

01WR ze zkušenosti IFR taková skupina existuje a v jeho organizaci k tomu „*jsme přirozeně vytvořili mechanismus zkrácené pracovní doby v průběhu dne, ale mimo jiné jsme i vytvořili zkrácený pracovní týden.*“ Tento volný čas využívají kolegové v organizaci k odpočinku a různým podporám od dalších specialistů (rehabilitační, sociální, psychoporadenství, lékaře atd.). Velmi důležité je pro nadstandardní úpravy pracovní doby i vytvořit důvěryhodný vztah. Vztah, kdy se můžou rehabilitovaní svěřit se svými potížemi a pracovník organizace s nimi konzultuje a hledá možnosti, jak nalézt kompromis v konkrétní situaci tak, aby bylo možné splnit požadavky zakázky.

02WR „*to opravdu neumím takhle říct.*“ Do organizace IFR chodí pouze OZP, kteří mají zájem pracovat a nesetkávají se s osobami, které ještě nemohou pracovat kvůli většímu počtu osobních problémů.

01ZVT IFR sdělil, že takovou zkušenost v jejich organizace nemají

02ZVT byl upřesněn dotaz: Kdyby zdravotníci, vzdělavatelé, sociální služby a chráněný trh přišli jako jeden muž a doporučili Vám někoho a řekli Vám, co od něj můžete čekat, zajímala by Vás taková služba? „*To samozřejmě ano.*“ Jedinou zkušenost s podobným typem zapracování mají s ÚP, kdy v minulosti měli na přípravu k práci 2 paní na půl roku dotované z evropského programu.

TO4

Pokud odpověď na TO3 zní ano, takkolik osob za rok se dle vašípraxe jedná?

01ZR „*bych možná řekla, že by to mohla být i větší skupina.*“

02ZR Na tuto otázku jsem v kontextu předešlých odpovědí nevyžadoval od IFR odpověď

01PR IFR uvedl, že stejný počet

02PR V této části se IFR vyjádřil, že mu není znám student, který by to potřeboval.

01SR je to menší skupina odhadem tak 3 – 4 osoby za rok

02SR Byla by to asi podobně velká skupina jako u TO1

01WR V této skupině IFR identifikoval, že by to byla menší skupina než v TO2, tzn. méně než 5 –10 osob za rok.

02WR IFR neuměl posoudit, nemá zkušenost

01ZVT bez odpovědi

02ZVT Možnost multioborové rehabilitace by mohla zvýšit skupinu 3 osob z TO2 minimálně o jednu osobu.

TO5

Jak často za rok a jaké další odborníky využíváte při podpoře osob, které využívají Vaše služby?

01ZR *„Já začnu sociálníma pracovníci, které nejsou standardem ve zdravotnickém zařízení.“* Jednou za měsíc do organizace dochází také zástupce chráněného trhu, který osloví zhruba 100 pacientů za rok. Z oslovených pacientů si ale jen asi 30 osob vyslechne nabídku chráněného trhu.

02ZR V podmínkách organizace Fakultní nemocnice je to oddělení sociální péče. Dále naše kompetence nesahají.

01PR Jedná se o psychologa, který je zaměstnancem organizace. Z externích partnerů to jsou poradenská zařízení, psychiatrické ambulance, praktičtí lékaři. Organizace spolupracuje i s jinými speciálními školami. IFR uvedl, že příležitost pro spolupráci poskytují opakovaně i přes předchozí neúspěchy.

02PR organizace jako školní zařízení nevyužívá žádné externí dodavatele jiných rehabilitačních aktivit.

01SR IFR identifikoval následující odbornosti. Psychiatři, neurolog, sexuolog, psychoterapeut, sociální služba pro osoby s psychiatrickými obtížemi. Dále sociální pracovník magistrátu a výživový poradce.

02SR „*Jsou to kolegové z Tyfloservisu, rekvalifikační středisko Dědina v Praze.*“

01WR rekapitulací předchozích odpovědí jsme s IFR identifikovali sociální službu, zdravotní a psychoporadenskou podporu. U dotazu, zda ÚP je také subjektem, který organizaci IFR pomáhá, uvedl IFR, že v současnosti ne tak jak by měl, ale že očekává, že nový projekt ÚP má do budoucna potenciál lépe pomáhat. IFR zmínil i roli pracovního lékaře, která je doposud snad jedinou zákonem nárokovatelnou z multioborového pohledu.

02WR v organizaci spolupracují pouze s úřadem práce

01ZVT V organizaci pro své zaměstnance nevyužívají žádné externí odbornosti na jejich podporu. Pro své studenty ale ano, a to pedagogicko-psychologickou poradnu, speciálně pedagogické centrum, psychologa, psychiatra.

02ZVT Mají praxi pouze s ÚP a dodavatelem zaměstnavatelem na chráněném trhu práce.

TO6

Co brání z pohledu Vaší praxe rehabilitovaným osobám v možnosti využít multioborové podpory ve Vaší organizaci

01ZR Štědrý sociální systém dávek „*to řeknu naprostou pravdu, v ČR je štědrý sociální systém a co vím od našich SP je velké procento pacientů, které osloví, a oni že zavolají, že ne, že nechtějí, protože strach, že přijdou o tu dávku, když budou pracovat je příliš velký, aby šli vůbec zkusit, že půjdou do práce.*“ Další bariérou pacientů je systém vesnice, kdy dopravní obslužnost je slabá. Bariérou jistě je i to, že někteří pacienti prostě nejsou schopni pracovat samostatně a musí být pod stálým dohledem mentora. Bariéra bolesti je další typickou bariérou. Bariérou je nevstřícnost zaměstnavatelů přijmout zaměstnance, který kvůli svému zdraví nemůže podávat

100% výkon. IFR zažil jeden případ, který tvořil výjimku, že původní zaměstnavatel přijal svého kolegu zpět i s tím vědomím, že to nebude se 100% výkonem.

02ZR „*Určitě zdravotní stav a schopnost absorbovat informace od ostatních, protože ta pomoc není bezbřehá.* Další bariérou zmíněnou IFR bylo i nařízení GDPR a také zájem OZP udržet informace o svém zdraví v tajnosti před okolím, a to i před rodinou. Naopak IFR zmínil pozitivní potenciál překonávat bariéry multioborové spolupráce ze strany kolegů z kliniky pracovního lékařství, který v rámci jejich posudkové služby mají lékaři k problematice velmi blízko.

01PR IFR opakoval bariéru motivace studentů. „*kdo si chce nechat pomoci, tak to jde.*“ V organizaci IFR konzultují studenti se sociálními pracovníky i otázky kariérního poradenství. Bariérou bývají i zájmy rodiny, která nechce, aby jejich dítě pracovalo.

02PR zde by snad jediná byla potřebná lékařská rehabilitace, ale potíží je, že rehabilitačních lékařů je nedostatek. Pak následně při ukončení studia žáků, tam by se hodila multioborová spolupráce formou chráněné dílny, která by uměla s našimi studenty pracovat. Výkonnost studentů organizace IFR ale je obvykle nižší než 50 % zdravé populace, což by směřovalo studenty spíše do prostředí sociálně terapeutické dílny.

01SR „*u nás mohou být velmi významnou bariérou při vstupu na trh práce jedině rodiče.*“ Dále byla komunikována snižující se úroveň odborného praktického školství s typem výučního listu, který navozuje pocit OZP, že jsou schopnější a kvalifikovanější, než ve skutečnosti jsou. To má za následek selhávání při sjednání zaměstnání, protože mají studenti vyšší mzdové nároky, než na které reálně mají.

02SR „*oni nemají reálnou motivaci, že když se naučí to a to, tak budou mít reálnou šanci v pracovním uplatnění.*“ IFR konstatoval nedostatečné kapacity chráněných dílen pro jejich cílovou skupinu osob se zrakovým postižením.

01WR v této části uvedl IFR, že bariérou je v některých případech i dobrovolnost udržení se v pracovním poměru, tzn., že není takový člověk informován, že vyloučení do domácího prostředí je nešťastným řešením pro něho i společnost. Další bariérou může být kvalita vztahu a důvěry mezi vedoucím pracovníkem a zaměstnancem. OZP by měli znát své schopnosti a jejich neznalost také tvoří bariéru. „*Oni se většinou pohybují v uzavřené bublině, ze které není*

vidět ven a neuvědomují si, že tu pomoc potřebují.“ Je zde i překážka ztráty sebevědomí po minulých neúspěších z minulých zaměstnání.

02WR V organizaci mají jednoduché nenáročné práce, nesetkávají se s potřebou zaměstnanců. Případné konflikty svých zaměstnanců řeší osobní konzultací na rovině vztahu důvěry mezi vedoucím a zaměstnancem. IFR tedy supluje sociální sektor.

01ZVT *„nemám tušení co by jim bránilo. A nemám ani tušení k čemu by mi to bylo.“* IFR sdělil, že u zaměstnanců pedagogů nemá možnost tolerovat žádné psychologické obtíže. Snad jen v jednom případě prostřednictvím závodního lékaře doporučil kolegu na odvykací léčbu na alkohol. Jediné, kde by byla možná multioborová podpora, by mohli být provozní, tzn. nepedagogičtí pracovníci.

02ZVT IFR neměl žádnou představu. *„Neumím si to ani představit, že by někdo přišel, že ho posílají z nějaké rehabilitace, abych se u Vás ucházel,“* myšleno o místo. IFR se ale setkal se situací, kdy mu zájemci o práci sdělili, že se jim nevyplatí pracovat za mzdu, když mají dostatek sociálních dávek.

TO7a

Co brání Vám a Vaší organizaci v možnosti využití multioborové podpory osobám využívajících Vaše služby?

01ZR V informátorově organizaci nevnímají žádnou bariéru pro oslovení jakéhokoliv partnera rehabilitační aktivity. Jen se tak děje nahodile, protože SP, které to mají na starosti, nemají žádný seznam, nebo adresář partnerů. *„naše SP zavolají kamkoliv, na magistrát hl. města Prahy, úřad práce, naše holky jsou takové, že zavolají“*

02ZR *„Bezpochyby to bude určitá forma neinformovanosti.....možná forma neochoty být v tom angažován.“* V organizaci IFR není prostor, aby specialisté hleděli dál do perspektivy svých pacientů.

01PR IFR sdělil, že nevnímá v jejich organizaci nějakou bariéru pro možnost využití multioborové rehabilitace.

02PR Necítíme potřebu multioborové potřeby.

01SR Určitě je to bariéra trvalého bydliště, obtížná dostupnost odborné pomoci psychiatra. Podceňování schopností OZP v péči IFR.

02SR Absence poptávky od klienta. *„my reagujeme na jeho potřeby, co si stanoví jako cíle, a jestliže ho nemá a ani ho z rozhovoru s námi nezazní, tak my apriory nepácháme dobro v jeho prospěch, že bychom ho někam tlačili.“* Bariéru, kterou IFR popsal, byly nedostatečné kapacity, kdy nemají reálně prostor hledat multioborovou rehabilitaci pro své klienty.

01WR Zde vnímá IFR bariéru nedostatečného počtu osobních vztahů a kontaktů s odborníky v jiném oboru. *„Pokud mám k určité instituci vybudované určité vztahy, tak to jde snadno. Zvednu telefon a mám za pět minut hotovo.“* Pokud ale neexistuje vztah s potřebnou odborností s konkrétní osobou, tak je absence vztahu obrovskou překážkou. Prozatímni nefunkčnost koordinátora pracovní rehabilitace na ÚP. Velkou bariéru IFR vnímá i ve společnosti, kdy zde je významná potřeba osvěty jak zaměstnavatelů, ale i běžných občanů.

02WR IFR neidentifikoval žádná omezení, která by ho svazovala. Pokud by v budoucnu zažili potřebu, tak se budou obracet na ÚP. V další části dotazů se objevila bariéra komerčního pojetí organizace IFR, kdy si zaměstnavatel kladl otázku, *„proč bych člověka, kterého jsem naučil tuto práci, tak proč bych ho posílal.“* Myšleno k jinému zaměstnavateli. To je ale způsobeno nedostatkem poptávky ze strany sociálních, pedagogických a zdravotních organizací, které nenabízejí zájemce o práci. *„pokud by stálo 20 OZP před dveřmi, tak ano.“* Myšleno, že by pak IFR zvážil posílat některé své stávající zaměstnance k zaměstnavatelům na volný trh.

01ZVT *„Nic nám nebrání, kdyby se takový případ vyskytl.“* V organizaci mají 2 studenty s autismem a 2 pracovníky OZP, kdy jeden z nich nikdy nežádal o invaliditu.

02ZVT *„Brání mi v tom jedině to, že nevím, komu bych volal.“* V tuto chvíli využívají databáze úřadu práce a jednou spolupracovali na výběru s chráněnou dílnou. Poslední dobou je ale úspěšnost náborů nových zaměstnanců mizivá.

5.2 Analýza informací k DC2

V této podkapitole bude rozveden a zaznamenán soubor dotazů a odpovědí k DC2, a to v oblasti bariér na straně zákonných norem, které mohou vytvářet bariéry pro fungování propojeného rehabilitačního systému.

T07b

Jaké máte zákonné možnosti přizvat ke spolupráci na případu osoby v péči Vaší organizace jiné odbornosti?

01ZR IFR zmínil, že čas od času přizvou externí odborníky z Tyflocentra (sociální služba pro zrakové postižení), ale nemají to dané zákonem.

02ZR „*Přiznám se, že vůbec nevím, protože jsme to zatím vůbec neřešili. Skutečně nevím, že by sem přišel jiný sociální pracovník než náš, že by sem přišel někdo z úřadu práce, to asi ne,*“ byla bezprostřední reakce IFR. Na klinice se pak využívá možnost psychopodpory pro pacienty.

01PR IFR konstatoval, že jejich organizaci nic nebrání a v rámci potřeb multioborovou podporu využívají.

02PR „*Spíše bych to řekl jinak, žádný zákon mi to nezakazuje a co není zakázáno, je povoleno.*“

01SR Organizace IFR má výhodu, že se s OZP zná dlouhodobě, takže se mnoho konzultací řeší s výslovným souhlasem OZP. Jinak ale kompetentní k přizvání další rehabilitační podpory jsou spíše rodiče a opatrovníci. Existují i případy, kdy opatrovník jednal proti zájmům opatrovance.

02SR IFR nevnímá zákonnou překážku a hodnotí situaci spíše jako co není zakázáno, je povoleno. Takže pokud je potřeba, tak konzultují, kde je potřeba.

01WR „*Mám pocit, že taková zákonná norma neexistuje.*“ byla první reakce IFR snad jen mimo pracovního lékařství, kde máme jako zaměstnavatel právo požádat lékaře o posudek. V jiných oborech multioborové rehabilitace IFR nezná zákonnou možnost. „*Na druhou stranu, k tomu zákon ani není potřeba, protože činnost pracovníka v nějaké instituci nemusí být nutně delegována zákonem.*“ I zde měl IFR názor, že pokud zákon něco nezakazuje, tak je to povoleno.

02WR IFR nejsou známy takové zákonné normy

01ZVT Závodní lékař, který posuzuje schopnost zaměstnanců vykonávat práci.

02ZVT „*Neznám. Nemám naprosto potuchy, vůbec nevím, že by něco takového existovalo.*“

TO8

Jaké odbornosti využíváte v současnosti ke spolupráci?

01ZR V informantově organizaci mají široké portfolio interních odborností kvůli velikosti organizace. S praktickými školami ani vysokými školami nemají žádnou spolupráci.

02ZR IFR potvrdil, že mimo jejich sociálního oddělení žádné další odborníky nepřizvávají k podpoře jejich pacientů.

01PR IFR identifikoval spíše problematiku, ne jakého odborníka, ale jak kvalitní vztah vytvoří pomáhající pracovník se studentem.

02PR V rámci vzdělávání subjekt využívá pomoci institutu vzdělávacích služeb. Všechny ostatní případné potřeby si řeší studenti, jejich rodiny, nebo zákonní zástupci samostatně.

01SR Jsou to sociální pracovník města, výživový poradce, psychiatr, sexuolog, opatrovník, disponují i vlastním advokátem

02SR Mimo již zmíněných služeb Dědina a Tyfloservis, tak IFR zmínil i středisko služeb pro studenty se specifickými potřebami na Univerzitě Hradec Králové. Následně zazněla informace i o spolupráci s organizací Daneta Hradec Králové a Magistrátem města Hradec Králové, kde mají dobrou zkušenost s telefonistkami. Organizace IFR je kromě sociální služby také podporovaným zaměstnavatelem na chráněném trhu práce. IFR také potvrdil častou potřebu spolupráce se sociálním pracovníkem města.

01WR Pracovně právní lékařství k prohlídce, zda je zájemce o práci, nebo zaměstnanec schopen vykonávat konkrétní pracovní činnost s konkrétními nároky. Bylo identifikováno riziko, že kdyby účast na rehabilitaci byla zákonná povinnost, mohlo by to mít za následek i motivaci, jak se té povinnosti vyhnout.

02WR Zde byla identifikována spolupráce IFR s jeho smluvním pracovním lékařem

01ZVT V organizaci pracují pouze se závodním lékařem pro pracovní záležitosti.

02ZVT pouze Úřad práce. Jednou udělali zkušenost s agenturou práce, ale při sazbě 150,-Kč za hodinu se jim to nevyplatilo.

TO9

Jaké odbornosti byste potřebovali využít více pro podporu osob v péči Vaší organizace?

01ZR Nejvíce IFR vnímal v této oblasti nedostatek pracovníků ve kvalifikaci fyzioterapeutů a ergoterapeutů. IFR také sdělil potřebu intenzivní péče multitýmu na začátku péče, aby se lidé dostali co nejdříve do stavu neřešení akutního stavu. IFR by přivítal více psychologů, speciálního pedagoga, logopeda. Vhodné by bylo znát i ergoterapeutické dílny pro naše pacienty s menším než 50% schopností pracovního výkonu. Přínosem by bylo mít i zaměstnavatele na volném trhu, kdy by si mohli pacienti už za pobytu v léčebně vyzkoušet práci na zkoušku.

02ZR Zde by IFR vnímal jako podstatné posílení možnost využití psychologa. K multioborovému pojetí ale IFR neměl žádný vlastní komentář, pouze zmínil roli lékařů, kteří sledují postup léčebné rehabilitace.

01PR V organizaci IFR mají všechny potřebné, jen objem prostředků, které mají k dispozici je nízký, a proto není kvalita práce vyšší. Přivítali by ale více podpory pro asistenty pedagoga.

02PR Byla identifikována potřeba klinického logopeda a rehabilitačního pracovníka. Dále pak potřeba sociálně terapeutických dílen, kde by byl tolerován jejich minimální pracovní výkon, ale hlavně aby nezůstávali doma.

01SR IFR by velmi přivítal výrazně větší dostupnost psychiatrické péče a také podpory psychoterapeutů. Také prostředí sociálně terapeutických dílen a významně vyšší kapacitu služby bydlení (chráněné, podporované, startovací = sociální). Dále by IFR vítal mnohem větší nabídku vhodných pracovních míst na volném trhu s trvalou podporou speciálního pedagoga na pracovišti.

02SR „Co bych viděla jako vhodné, tak psychoterapie, která se ovšem hledá v tomto oboru obtížně.“ Další potřebou je více pracovišť chráněného trhu v regionu.

01WR Zde IFR komunikoval o potenciálu speciálního vzdělávání, ale podmíněčně praktického před teoretickým. Pokud by byla možnost využít externího mentora do praktického vzdělání,

neviděl by v tom problém. Záleželo by ale na individuální situaci, nelze tento postup brát paušálně na všechny situace. Vhodné by bylo i vzájemné vzdělávání subjektů multioborového systému, aby se od sebe různé odbornosti učily to, co potřebuje jiná odbornost. *„Přenos informací z místa, kde se odehrávají, k lidem, kteří na základě mezioborového vzdělávání dále pomáhají.“*

02WR IFR nevidoval potřebu externí podpory od jiné rehabilitační odbornosti. Jeho činnosti jsou jednoduché a dokáží si je jednoduše zapracovat.

01ZVT Pro žáky speciální pedagogy využívají, pro zaměstnance si to nedokáží představit.

02ZVT Organizace poptává odbornosti montážní dělník a lakýrník. Po upřesnění, že mám na mysli rehabilitační odbornosti, tak IFR nevěděl. Byl zmíněn pouze problém s dojížděním, kdy je to bariéra pro zaměstnance z blízkého města.

TO10

Kdo je ve Vaší organizaci dle legislativy oprávněn vyžadovat další odbornou pomoc pro osoby kterým poskytujete péči?

01ZR V IFR organizaci by takovou osobou byl lékař oboru pracovního lékařství. Kdyby měl lékař možnost vědět potřeby a podmínky pracovního místa, mohl by pak mít poslední slovo a doporučit, že pacient může určité typy práce provádět.

02ZR Zde IFR odpověděl, že pokud je dotaz mířen i mimo léčebnou rehabilitaci, pak by to stejně znovu měl být lékař. Nejlépe ošetřující lékař, ale také praktický lékař. IFR také má za to, *„že praktik je někdo, kdo není pouze shromažďovatelem zdravotních informací o pacientovi, ale kdo skutečně toho pacienta doprovází životem z hlediska zdravotního stavu.“*

01PR Z pohledu IFR je to především rodič a jejich zařízení, aby bylo informováno. Dále pak ředitel školy, vedoucí pracovníci a psychologka. Ti jsou oprávněni žádat externí podporu.

02PR *„No tak to je vedení školy a výchovný poradce.“* Výchovný poradce pak byl popsán jako pracovník na zkrácený úvazek, poskytující konzultaci všem studentům na všech stupních školy. Jeho role je ale spíše podpora ve studijních než pracovních otázkách. Nicméně s ÚP

spolupracuje a mohl by být i koordinátorem, který by si volal o podporu v rámci multioborové rehabilitace.

01SR Dle typu, kde se OZP nachází, buď je to vedoucí pracovník sociální služby, nebo vedoucí pracovník pracoviště chráněného trhu.

02SR V organizaci je to klíčový pracovník, který si pro podporu klienta oslovuje další podpůrné partnery.

01WR V organizaci mají dvě oprávněné osoby, a to oba společníci společnosti. IFR přesto hodnotil negativně, pokud by právo konzultovat s jiným odborníkem mělo být zákonnou normou upravená možnost, z obavy před necitlivým vyžadováním a možností pokut.

02WR Zde IFR sdělil, že se to týká pouze dvou jednatelů.

01ZVT Výchovní poradce, vychovatel, pedagog pro děti. Pro zaměstnance je to osoba IFR, jeho statutární zástupce a pracovní závodní lékař. *„nevím, zase jsem v mlze a nevím o čem hovoříte.“*

02ZVT V organizaci to jsou 2 jednatelé

TO11

Jaké legislativní bariéry Vám brání využít multioborovou podporu jiných rehabilitačních organizací pro podporu osob v péči Vaší organizace?

01ZR V naší organizaci by to byl speciální pedagog, kterého díky zdravotnickým zákonům nesmíme v naší organizaci zaměstnat. Zdravotnická legislativa nezná z pohledu IFR možnost zaměstnat a platit ze zdravotního pojištění speciálního pedagoga. Mlčenlivost a lékařské tajemství dle sdělení IFR jejich oddělení komplikuje život. Ze zákona IFR smí sdělit jiným subjektům pouze to, že pacient je muž, nebo žena. O ostatních detailech pacienta nesmí mluvit. Jiné je to v rámci lékařské odbornosti, lékař s lékařem například při konziliárním posuzování zdravotních obtíží. Při dotazu, zda tedy to je bariéra na straně zákona, tak IFR sdělil *„Ta je dosti velká a může docházet k tomu, že se někdo uchází o práci. Mluvím z praxe, a ten zaměstnavatel volal sem k nám...ale vy jste sem poslali.“*

02ZR bylo zjištěno že v organizaci IFR není potřeba řešit multioborovou podporu a po propuštění pacienta už situaci pacienta nesledují. Tuto roli by měl zastat praktický lékař. IFR popsal v této oblasti maximum zodpovědnosti na té osobě, které se týká. Na rozšíření dotazu, zda by osobní zodpovědnosti prospělo udělení statutu OSOBY REHABILITOVANÉ, který by podmiňoval čerpání podpory za podmínky participace na růstu své soběstačnosti ve spolupráci s některou rehabilitační aktivitou, odpověděl IFR, že jednoznačně by taková podmíněnost přispěla.

01PR Zařízení nevnímá v této otázce problém. Vnímají, že v rámci svých potřeb mají oprávnění dostatečná. Spíše by přivítali větší zodpovědnost rodičů. I přesto, že si nechají podepsat formulář o stavu dítěte, tak se občas stává, že rodiče nenapíší vše. IFR není zastáncem povinné možnosti nahlédnout např. do zdrav. Dokumentace, z důvodu rizika zneužití. Naopak zvýšení podmíněnosti při získávání podpory by pro své studenty IFR podpořil.

02PR V této oblasti IFR popisoval bariéry v jednooborové vlastní právní úpravě jeho organizace a neúčinnost zdravotních a sociálních právních norem. Zákoník práce ve směru ke studentům také neuplatňují. Zmíněna byla i nová bariéra GDPR.

01SR Byli IFR identifikovány obtíže při komunikaci s jinými aktéry podporujících organizací. Pokud se řeší případ anonymně, je komunikace bezproblémová. Bariérou je, že v některých případech nelze OZP dlouhodobě hospitalizovat i za cenu vysokého rizika ohrožení osob žijících v okolí OZP. Bariérou v některých případech je i omezení cílové skupiny pro pomoc OZP z jiné skupiny postižení. Nemožnost podpory sociálně hendikepovaným, kteří nemají zdravotní potíže. Demotivující nastavení dávek českého sociálního systému, kdy pokud OZP začne pracovat, tak se mu výrazně snižuje výplata podpory. Absence zákona o sociálním bydlení a nedostatečná kapacita prostupného bydlení. Spojení příspěvku na péči a příspěvku na bydlení.

02SR Komplikací je obava z GDPR, ale reálně zatím žádná konkrétní krizová situace nebyla. Také zákaz překračovat ze sociálního zákona do zákona o zaměstnanosti, kdy nemohou nabízet zprostředkovatelské služby svým klientům.

01WR Zde IFR naopak bariéry popsal v oblasti oborových a resortních hranic, a to tam, kde instituce rigidně zastává pouze svá odborná hlediska a nezajímá ho další osud člověka po skončení jeho péče. „ *Tam bych si dokázal představit, že v zákoně budou nastaveny směry,*

jakým způsobem ten dotyčný projde všemi fázemi, ale ve směru podpory prostupu, a ne že ty musíš a pokud nesplníš, tak dostaneš pokutu.“ Při další diskusi k otázce pak ještě IFR zmínil „*zapomíná se, že je potřeba se dívat na potřeby a cestu člověka z bodu A do bodu B, kde se mu změní kvalita života.*“ Dle mého názoru tedy IFR popsal změnu od závislosti na dávkách k soběstačnosti bez sociálních dávek. Ideálním systémem by pak podle IFR bylo, aby existovaly dvě úrovně systému multioborové pomoci, a to koordinátor a uzly podpory.

02WR IFR neměl povědomí o žádných bariérách.

01ZVT při diskusi o oborové mlčenlivosti hodnotil IFR tuto bariéru spolupráce jako nepřekročitelnou.

02ZVT „*Já si nemyslím, že by nám bránil zákon, to spíš obráceně, že ty lidi dostatečně nemotivuje. Jinak neumím říct co mám více dělat.*“ IFR zmínil, že je tragické, že lidi nechodí do práce a berou dávky. Diskutovali jsme o hypotetické možnosti, že by obec zřídila ubytovnu pro zaměstnance. To by pro organizaci mělo významně pozitivní vliv.

5.3 Analýza informací k DC3

V této podkapitole bude rozveden a zaznamenán soubor dotazů a odpovědí k DC3, a to v oblasti příležitosti case managementu sociální rehabilitace při překonávání překážek organizací a zákonných norem.

TO12

Jak spolupracujete s organizací poskytující službu sociální rehabilitace?

01ZR IFR osobně nespolečuje, ale SP v jejich organizaci se spojují se SP v místě bydliště.

02ZR IFR si nebyl vědom jiné spolupráce se sociální organizací mimo interní pracoviště sociální péče při nemocnici.

01PR Ano, spolupracujeme se dvěma organizacemi, ale mají své kapacitní limity, není možno aby absorbovaly všechny vystupující studenty.

02PR Nespolupracují, ale pokud by měli v organizaci možnost objednat si spolupráci case managera sociální rehabilitace, tak by to uvítali. „*To zase je jiná liga než OSPOD....to bychom určitě uvítali.*“

01SR „*Ne, my nejblíž máme Rychnov.*“

02SR Znovu zopakují Danetu HK a Dědina Praha.

01WR Je to v případě organizace a zakázek v Praze občanské sdružení NAUTIS

02WR V organizaci znají několik sociálních organizací, ale nikdy nevyužili možnosti s nimi spolupracovat na případu některého ze zaměstnanců.

01ZVT Pro studenty využívají služby Domino a Návrat zabývající se výchovnými problémy.

02ZVT Nemají přehled, která organizace by to mohla být a kde by se s ní mohli kontaktovat.

TO13

Jak spolupracujete s organizací poskytující službu pedagogické rehabilitace?

01ZR V této odbornosti nemají partnera.

02ZR Zde IFR neměl povědomí o nějaké funkční spolupráci. Pouze v kontextu s dětskými pacienty zmiňoval jistý potenciál potřebnosti.

01PR IFR uvedl, že jim mnoho jiných subjektů nenavazuje. Spíš oni jsou cílovou stanicí pro mnohé studenty.

02PR Nespolupracují se žádným dalším speciálním vzdělavatelem.

01SR Nespolupracují, protože mají vlastní speciální pedagogy.

02SR Ano, se středisky na univerzitách, nebo vzdělávacími organizacemi. Také spolupracují se speciálními poradenskými centry při speciálních školách.

01WR Doposud IFR nepotřeboval podporu speciálních pedagogů. Pokud by služba měla podobu stáže a praxe, tak by spolupráce mohla být možná.

02WR V organizaci nespolupracují.

01ZVT Pro žáky ano, ale pro zaměstnance ne.

02ZVT Se speciálními školami také nespolupracují. Povědomí o speciální praktické škole v blízkém městě mají, ale netroufli si uvažovat, že by jejich studenti mohli zvládnout práci u nich.

TO14

Jak spolupracujete s organizací poskytující službu pracovní rehabilitace?

01ZR Ano v této oblasti máme jednu organizaci se kterou spolupracujeme.

02ZR IFR „*pominu-li úřad práce, tak asi v podstatě ne.*“ Myšleno spíše jako dodavatele ergodiagnostiky.

01PR Spolupráce probíhá s jedním subjektem provozující tréninkové pracoviště kavárny.

02PR Zde byla popsána spolupráce se dvěma subjekty realizujícími pracoviště chráněného trhu.

01SR „*Měli jsme několik pokusů s úřadem práce,*“ ale spolupráce neprobíhá, je příliš administrativně náročná.

02SR V tuto chvíli s nikým z chráněného trhu nespolupracují.

01WR V rámci Asociace zaměstnavatelů osob se zdravotním postižením se setkává IFR s dalšími zaměstnavateli chráněného trhu. Jedna spolupráce je na bázi informovanosti o zákonech a druhá je vytvářet možnost spolupráce v oblasti obchodní spolupráce.

02WR V této oblasti je organizace IFR pouze příjemcem informací o vývoji legislativních procesů pro změny zákonných úprav ze strany Asociace zaměstnavatelů osob se zdravotním postižením.

01ZVT Nespolutracují.

02ZVT Zde pouze jako odběratelé zaměstnavatele na chráněném trhu a úřad práce.

TO15

Jak spolupracujete s nějakým zaměstnavatelem volného trhu při hledání pracovního uplatnění osob v péči Vaší organizace?

01ZR Aktuálně mám povědomí o organizaci, která realizuje projekt a je vzdělávací organizací.

02ZR V organizaci IFR nespolutracují se žádným subjektem volného trhu.

01PR IFR odpověděl, že ne pro obecná studia, ale na odborných oborech spolupracují.

02PR IFR Neví o žádné takové spolupráci v rámci jejich organizace.

01SR IFR Potvrdil spolupráci se subjekty volného trhu, ale podmíněně, protože musí jít o zaměstnavatele, se kterými mají blízké osobní vazby.

02SR V minulosti spolupracovali se společností PETROF, ale to je již v současnosti pouze historie. Spolupráce s magistrátem města je stále aktivní.

01WR V této oblasti měl IFR spíše nepříjemnou zkušenost.

02WR Nespolutracují.

01ZVT Pro žáky spolupracují s 55 zaměstnavateli, pro zaměstnance se žádným.

02ZVT Jednou jsme chtěli získat na brigádu 2 polské pracovnice a v případě menšího objemu vlastní výroby by to šlo.

TO16

Pokud by existovala služba sociální rehabilitace, která by byla schopna organizovat a koordinovat multioborovou podporu osobě v péči Vaší organizace, ve kterých oblastech byste její podporu nejvíce přivítali?

01ZR Měla by to být aktivní práce s člověkem a s jeho motivací. Sdílet OZP, co získá. Sociální pracovník by měl hledat a podporovat silné stránky na straně OZP. Určitě je to ale dlouhá cesta pracovat s disabilní osobou. A úspěšnost takové podpory není garantovaná. *„Já si myslím, že toto je začátek. Pokud budou nastavena přesná pravidla, a dají lidem, které jste popsal, dají šanci a bude ta cesta nastavená, že budou moci někam posunout do toho plnohodnotného života, pracovního režimu, ale je to o výchově společnosti.“*

02ZR Pokud by IFR vnímal nějakého partnera z jiné oblasti, tak nejspíše v oblasti sociální rehabilitace v návaznosti na jejich organizaci.

01PR Zde by podle IFR byla nejsilnější role sociální *„Ale tam je to zase ta motivace.“* Na dotaz, zda by role SR měla být průvodcovská, tak IFR reagoval spíše výrazem *„Smiřovák“*, kdy převážná část studentů má ráda rutinní práci. Ideální by bylo, kdyby sociální pracovník mohl plnit roli jako pracovní mentor, asistent.

02PR Přivítali bychom zaměstnavatele schopného a ochotného tolerovat byť i minimální pracovní výkon rehabilitačního pracovníka a klinického logopeda. Na upřesňující dotaz IFR identifikoval, že multioborová podpora koordinovaná sociálním pracovníkem sociální rehabilitace by pak byla na konzultaci s učitelem a určitě by byla individuální, ne plošná. Podání ucelené nabídky hodnotil IFR jako potřebné. Významnou bariérou pak je, že studenti kvůli svým mentálním schopnostem berou podporu jako samozřejmost, ani ne povinnost, ani právo. Nerozumí tomu, že někdo pracuje, aby zaplatil daně, ze kterých se pak platí jejich podpora. *„Tady je to spíše vstup do plnohodnotného života. Oni nikdy ten plnohodnotný život neměli. Ale o ni si ho ani neuvědomí.“*

01SR Podporu by IFR přivítal v oblasti psychiatrické péče, z oblasti celostního lékařství schopného posuzovat různé kontraindikace léků, apod. Psychoterapeuta. Významné by bylo i sjednocení systému kolem OZP a stanovení zákonného opatrovníka v regionu, nebo městě.

02SR Taková služba by byla pro organizaci IFR důležitá v oblasti zprostředkování o volných vhodných pracovních místech, na chráněném i volném trhu a částečně i podpora ve zdravotnictví.

01WR *„Část z toho u nás funguje.“* Jde o spolupráci s občanským sdružením Nautis, které se dlouhodobě stará o prospěch OZP, jejich cílové skupiny. Prakticky při těžkých krizích to byly

konzultace do 2 hodin denně, při menších obtížích třeba půl hodiny až hodina a nejmenší frekvenci známe jednou za tři měsíce.

02WR IFR Neuměl odpovědět. Po upřesnění dotazu a vysvětlení možností být průvodcem OZP procesem multioborové rehabilitace, tak IFR ze svého pohledu hodnotil tuto roli jako pozitivum pro OZP. IFR se domnívá, že tuto roli supluje ÚP. Na doplnění otázky, pokud by taková služba sociální rehabilitace byla a dokázala doprovázet OZP osobu, aniž by museli v organizaci dělat nějaké úkony navíc, tak to IFR hodnotí jako přínosný potenciál.

01ZVT IFR zastával názor, že neziskové organizace neplní příliš efektivně svou roli, že by výrazně lepší bylo místo neziskového sektoru mít institucionální organizaci, která by se problematikou zbývala.

02ZVT Zde by uvítali službu, která by jim každý den přivezla a odvezla 3 pracovníky.

6 Vyhodnocení výzkumného šetření

V podkapitolách předchozí kapitoly byla provedena analýzy rozhovorů se všemi informanty, záměrně vybranými jako nositeli informací o pohledu typického zástupce organizací z volného trhu, chráněného trhu, sociálních služeb, speciálních vzdělavatelů a zdravotnické oblasti na komplexní rehabilitační systém. V této části se nejdříve zaměřím na vyhodnocení jednotlivých dílčích cílů s důrazem na identifikaci bariér, jejich posouzení a následně pak na vyhodnocení hlavního cíle výzkumu. Bude provedena selekce informací záměrných zjištění, nezamýšlených, ale věcně souvisejících zjištění a informací zcela nesouvisejících s tématy a cíli výzkumu.

6.1 Vyhodnocení DC1

Vyhodnocením dat získaných od informantů k TO1 bylo zjištěno, že:

- Existuje skupina osob s disabilitou, která vyžaduje navazující odbornou podporu alespoň jedné rehabilitační odbornosti, která má následující specifika:
 - pohybové potíže
 - osoby s poškozením, nebo poruchou mozku
 - osoby se ztrátovým poraněním, nebo pacienti po traumatech amputace
 - dětské pacienti, kteří se narodili s vývojovými vadami
 - pacienti po mrtvicích.

- žáci praktických dvouletých škol se střední a těžkou mentální retardací, kteří mají více či méně funkční rodinu
- studenti, kteří nemají dostatečné sociální návyky.
- osoby s mentálním postižením, ke kterému se průběhem času přidruží psychiatrický problém
- osoby s kombinací disabilit mentální a zrakové apod.
- osoby s potřebou docvičit nějakou specifickou dovednost, například orientaci na pracovišti a trasu do práce

Výše uvedené skupiny identifikovali informanti z organizací zdravotních, vzdělávacích a sociálně rehabilitačních aktivit. Organizace chráněného trhu a volného trhu pak shodně odpovídaly, že se v praxi neseťkávají s potřebou podpory dalšího subjektu, nebo se neseťkávají s osobami, pro které by taková podpora byla potřebná.

Vyhodnocením dat získaných od informantů k TO2 bylo zjištěno, že: se jedná zhruba o skupinu 83 osob za rok.

Vyhodnocením dat získaných od informantů k TO3 bylo zjištěno, že:

- Je tato skupina osob velmi podobná až totožná se skupinou TO1, s tím rozdílem, že je nutné OZP podporovat dlouhodobě a je nutné vyčkat na správný okamžik, kdy jsou osoby připraveny k růstu své soběstačnosti. Obvykle ten správný čas přichází v závěru rehabilitační péče.
- Této skupině schází motivace stát se méně závislými.
- By bylo vhodné, aby se multioborový tým zabýval osobou s disabilitou před nástupem do konkrétní rehabilitační aktivity.
- Je nutné této skupině vytvořit specifické pracovní podmínky, například zkrácený úvazek, nebo zkrácený pracovní týden.
- Je nutné pro úspěch spolupráce vytvořit osobní vztah důvěry a otevřenosti podporovaného s podporovatelem, aby se vytvořil prostor pro nalézání vhodných kompromisů v osobní rovině pracovníka a požadavcích zakázky.

I v této části výzkumu se lépe orientovali odbornosti lékařské, pedagogické a sociální oproti subjektům chráněného a volného pracovního trhu.

Vyhodnocením dat získaných od informantů k TO4 bylo zjištěno, že: skupina vhodná pro multioborovou rehabilitaci je dle informantů stejná, nebo spíše menší podmnnožina osob identifikovaných v TO2.

Vyhodnocením dat získaných od informantů k TO5 bylo zjištěno, že subjekty multioborové rehabilitace využívají spolupráci s:

- sociálními pracovníky ve zdravotnickém zařízení
- zaměstnavatelem na chráněném trhu práce
- psychologem
- poradenskými zařízeními
- psychiatrickými ambulancemi
- praktickými lékaři
- speciálními školami
- neurologem
- sexuologem
- psychoterapeuty
- sociální službou pro osoby s psychiatrickými obtížemi
- sociálním pracovníkem magistrátu
- výživovým poradcem
- kolegy ze sociálních služeb pro stejnou cílovou skupinu (Tyfloservis)
- rekvalifikačním střediskem Dědina v Praze (např. kurzy maséra atd.)
- sociální službou s cílovou skupinou osob s poruchou autistického spektra
- zdravotní a psychoporadenskou podporu
- úřadem práce

Z poloviny se jednalo o spolupráci interních kolegů v rámci jedné organizace, z druhé části pak o spolupráci s externími partnery. Ve dvou případech informanti nevyužívají žádné jiné odbornosti při péči nebo zaměstnávání osob s disabilitou. Většina spolupráce pak probíhá pouze s jedním partnerem. Velmi výjimečně se jedná o multioborovou podporu.

Vyhodnocením dat získaných od informantů k TO6 bylo zjištěno, že rehabilitovaným osobám v organizacích brání využít další odborníky následující bariéry.

- štědrý sociální systém dávek
- systém vesnice, kdy dopravní obslužnost je slabá
- neschopnost pracovat samostatně
- bariéra bolesti
- nevstřícnost zaměstnavatelů přijmout zaměstnance, který kvůli svému zdraví nemůže podávat 100% výkon
- zdravotní stav a schopnost absorbovat informace od ostatních
- minimální, nebo žádná osobní motivace osob s disabilitou
- nedostatečná kapacita lékařská rehabilitace
- zapracování formou chráněné dílny, nebo sociálně terapeutických dílen

- významnou bariérou při vstupu na trh práce mohou být rodiče
- nedostatek chráněných pracovních míst pro cílovou skupinu osob se zrakovým postižením
- dobrovolnost udržení se v pracovním poměru – rehabilitačním vztahu
- kvalita vztahu osoby s disabilitou, úroveň důvěry mezi vedoucím pracovníkem a zaměstnancem
- podstatná pro spolupráci je kvalita vztahu pomáhajícího s příjemcem pomoci

Provedenou analýzou dat získaných od informantů k TO7a bylo zjištěno, že:

Zhruba polovina informantů neidentifikuje žádné bariéry na straně organizace pro využití multioborové podpory pro osoby v péči jejich organizace. Druhá část informantů identifikovala následující bariéry:

- určitá formy neinformovanosti a neochoty být v tom angažován.
- organizační prostor, aby specialisté hleděli dál do životní perspektivy svých pacientů.
- trvalé bydliště osoby s disabilitou.
- obtížná dostupnost odborné pomoci psychiatra.
- podceňování schopností OZP od zaměstnavatelů.
- absence poptávky od klienta o podporu.
- bariéra nedostatečné personální kapacity organizace.
- nedostatečného počtu osobních vztahů a kontaktů s odborníky v jiném oboru.

V jednom případě se projevila bariéra nepropustnosti organizace a v jednom případě informant uvedl, že necítí potřebu multioborové podpory.

Cílem vyhodnocení empirického šetření k DC1 bylo „Identifikovat a posoudit bariéry na straně organizace bránící možnosti prostupu osob s disabilitou do jiného, více soběstačného článku rehabilitačních aktivit“ mám za to, že jsem v rámci výzkumu identifikoval specifikaci osob, pro které by byl vhodný nástroj rehabilitační podpory minimálně dvěma odbornostmi najednou. Dále odhad minimálního počtu osob v regionu Hradec Králové a Královéhradecký kraj, kterým by taková podpora mohla významně zvýšit soběstačnost. V této části výzkumu mi informanti potvrdili mé očekávání, že v individuálních případech zaznamenávají organizace tvořící rehabilitační systém potřebu přizvat ke spolupráci minimálně jednoho specialistu z jiného oboru. Byly také identifikovány odbornosti, které již v současnosti plní funkci víceoborové rehabilitace. Toto zjištění bylo pro mne překvapivé, protože jsem očekával, že poptávka po odbornostech bude strukturována rámcově dle odborností, nikoliv explicitně omezeně na

vysoce specializované zdravotní a terapeutické obory. Mým očekáváním také bylo, že by jednotliví odborníci mohli znát portfolio kontaktů na realizátory dalších vhodných nástrojů rehabilitační podpory své odbornosti, ale toto očekávání se mi nepotvrdilo. Byly také identifikovány bariéry na straně organizací, které brání prostupu osob s disabilitou do jiného více soběstačného článku rehabilitačních aktivit. Jedna skupina bariér souvisí s personálním plánováním organizací, které prostě se zvýšenou potřebou podpory OZP nepočítají a druhý druh bariér pak je v oblasti poptávky od OZP ke své organizaci, aby jim zprostředkovali pomoc další. Nezamýšleným zjištěním pak bylo i zjištění bariér v oblasti osobní motivace účastnit se rehabilitačních aktivit na straně osob s disabilitou.

6.2 Vyhodnocení DC2

Vyhodnocením dat získaných od informantů k TO7b bylo zjištěno, že žádný z informantů nemá povědomí o právní úpravě, která by umožňovala některé rehabilitační odbornosti přizvat si k multioborovému posouzení případu osoby s disabilitou jednoho, nebo více zástupců jiných rehabilitačních odborností. Zároveň žádný z informantů neviděl žádnou zákonnou překážku k multioborové spolupráci s logikou, co není zakázáno, je povoleno.

Vyhodnocením dat získaných od informantů k TO8 bylo zjištěno, že IFR ke spolupráci v současnosti využívají následující odbornosti.

- interních odbornosti v rámci organizace
- interní sociální oddělení
- institutu vzdělávacích služeb
- sociální pracovník města, výživový poradce, psychiatr, sexuolog, opatrovník, advokát.
- středisko služeb pro studenty se specifickými potřebami na Univerzitě Hradec Králové.
- lékař pracovního lékařství

V této části výzkumu zaznívalo časté upozornění na osobní svéprávnost a zodpovědnost osob a právních zástupců v duchu, že případné potřeby si řeší studenti, jejich rodiny, nebo zákonní zástupci samostatně.

Vyhodnocením dat získaných od informantů k TO9 bylo zjištěno, že by informanti potřebovali pro osoby v péči jejich organizací lepší dostupnost následujících odborností.

- fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog, speciálního pedagoga, logoped

- sociálně terapeutické dílny
- zaměstnavatele na volném trhu, kdy by si mohli pacienti už za pobytu v léčebně vyzkoušet práci na zkoušku
- asistent pedagoga
- klinický logoped a rehabilitační pracovník
- psychiatrická péče a podpora psychoterapeutů
- služby bydlení (chráněné, podporované, startovací = sociální)
- podpora speciálního pedagoga na pracovišti
- speciálního praktické vzdělávání u zaměstnavatele

Vyhodnocením dat získaných od informantů k TO10 bylo zjištěno, že v organizacích jsou dle zákonných norem oprávnění vyžadovat další odbornou pomoc:

- lékař oboru pracovního lékařství
- ošetřující nebo praktický lékař
- samotná osoba s disabilitou, její rodič nebo opatrovník
- ředitel školy, vedoucí pracovníci a psycholožka
- vedení školy a výchovný poradce
- vedoucí pracovník sociální služby, nebo vedoucí pracovník pracoviště chráněného trhu
- klíčový pracovník
- společníci, nebo jednatelé společnosti

Vyhodnocením dat získaných od informantů k TO11 bylo zjištěno, že zákonnými bariérami, které organizacím brání využít multioborovou podporu jiných rehabilitačních organizací pro podporu osob v jejich péči, nebo zaměstnání jsou:

- meziresortnost, která nedovoluje například zdravotnickému zařízení zaměstnat speciálního pedagoga
- mlčenlivost a lékařské tajemství
- absence podmínky účastnit se na rehabilitačních aktivitách pro maximální osobní soběstačnost bez závislosti na podpoře státu
- nedostatečná zodpovědnost rodičů
- nemožnost rozhodnutí o dlouhodobé hospitalizaci i za cenu vysokého rizika ohrožení osob žijících v okolí OZP
- nemožnost podpory sociálně hendikepovaným organizacemi s cílovou skupinou OZP
- nemotivující nastavení dávek českého sociálního systému, kdy, pokud OZP začne pracovat, tak se mu výrazně snižuje výplata podpory
- absence zákona o sociálním bydlení a nedostatečná kapacita prostupného bydlení
- zákaz překračovat ze sociálního zákona do zákona o zaměstnanosti, kdy není možné nabízet zprostředkování zaměstnání klientům

- absence právního popisu potřeby člověka z bodu A maximální závislosti do bodu B maximální soběstačnosti

V části vyhodnocení výzkumu k DC2 byla cílem „Identifikace a posouzení bariér na straně zákonných norem bránících možnosti prostupu osob s disabilitou do jiného, více soběstačného článku rehabilitačních aktivit.“ Mám za to, že výzkumem byla zjištěna neexistence zákonné bariéry přizvat ke spolupráci na podpoře osoby jiné odbornosti. Naplnilo se tedy moje očekávání, že neexistuje zákonná překážka, která zakazuje pracovat multioborově, ale také se mi potvrdilo, že neexistuje žádná zákonná norma, která by takovouto spolupráci specifikovala. Byli zjištěny skupiny odborností, které jsou v současnosti využívány. Podporu pro rehabilitované osoby využívají ve větší míře pouze lékařské, pedagogické a sociální organizace. V této části výzkumu jsem očekával alespoň nějaký náznaky plánované systémové multioborové spolupráce u některých subjektů, které se mi však nepodařilo potvrdit. Subjekty chráněného trhu získají podporu velmi výjimečně a organizace volného pracovního trhu nevyužívají mimo posudek pracovního lékaře žádnou podporu. Dále byly identifikovány odbornosti, které jsou v současnosti nedostatečně dostupné. Osobami, které jsou oprávněny přizvat ke spolupráci jiné odborníky, jsou převážně vedoucí pracovníci organizací a majitelé. V poslední dílčí dotazu v části DC2 pak byly identifikovány příklady zákonných bariér, které v některých případech omezují (například přiznání invalidního důchodu před posouzením možností multioborového pojetí rehabilitace), ale v některých případech vylučují účinnou multioborovou podporu OZP ke zvýšení jejich soběstačnosti (například absence povinnosti konzultovat situaci s multioborovým týmem v okamžiku ukončení rehabilitace v jednom oboru a zjištění, které odbornosti by měly být navazujícími na ukončenou podporu).

6.3 Vyhodnocení DC3

Vyhodnocením dat získaných od informantů k TO12 bylo zjištěno, že:

Polovina oslovených informantů nespolupracuje se žádnou službou sociální rehabilitace a ani neví, kde by na ni mohla nalézt kontakt.

Druhá část informantů se sociální službou sociální rehabilitace buď spolupracuje, nebo sami tuto službu vykonávají. Obsahem pak jsou konzultace partnerů nad individuálními případy osob s disabilitou. O systémovou spolupráci nejde.

Vyhodnocením dat získaných od informantů k TO13 bylo zjištěno, že

Žádný z informantů nespolupracuje s organizací pedagogické rehabilitace.

Vyhodnocením dat získaných od informantů k TO14 bylo zjištěno, že

Polovina informantů nespolupracuje se žádnou organizací pracovní rehabilitace a druhá část má jednoho, nebo maximálně dva partnery, se kterými spolupracuje na individuálních případech. O systémovou spolupráci nejde.

Vyhodnocením dat získaných od informantů k TO15 bylo zjištěno, že

Většina informantů nespolupracuje se žádnou organizací volného trhu. Pouze ve třech případech probíhá spolupráce v jednotlivých individuálních případech při zakázkách realizovaných OZP, nebo zaměstnání OZP v organizaci. O systémovou spolupráci nejde.

Vyhodnocením dat získaných od informantů k TO16 bylo zjištěno, že

Informanti by nejvíce přivítali, pokud by služba sociální rehabilitace byla schopna organizovat a koordinovat:

- aktivní práce s člověkem a s jeho motivací
- vykonávat roli pracovního mentora, nebo asistenta
- zaměstnavatele schopného a ochotného tolerovat specifický pracovní výkon
- rehabilitačního pracovníka a klinického logopeda
- úkony v oblasti psychiatrické péče
- úkony v oblasti celostního lékařství schopného posuzovat různé kontraindikace léků, apod.
- podporu psychoterapeuta
- doprovázet OZP v oblasti zprostředkování o volných vhodných pracovních místech na chráněném i volném trhu
- podporu ve zdravotnictví

Při vyhodnocení oblasti dat DC3 jsem měl za cíl „Identifikovat a posoudit příležitosti Case managementu sociální rehabilitace pro překonání bariér organizací a zákonných norem bránících prostupu osob s disabilitou do jiného, více soběstačného článku rehabilitačních aktivit.“ Provedeným šetřením jsem zjistil, že maximálně polovina organizací má zkušenost spolupráce se službou sociální rehabilitace, ale prakticky žádnou s pedagogickou rehabilitací. Poloviční skupina dotazovaných zástupců organizací má zkušenost se spoluprácí s organizacemi pracovní rehabilitace, zastoupené ve výzkumu zástupci chráněného trhu. Žádná

spolupráce nebyla zaznamenána se subjekty z volného pracovního trhu. Příležitost pro sociální rehabilitaci by pak informanti viděli nejvíce ve zlepšení dostupnosti specifické odborné podpory OZP a koordinaci kontaktu OZP s odbornými subjekty rehabilitace a volného pracovního trhu. Ve všech případech víceoborové podpory OZP pak nešlo o cílenou systémovou aktivitu.

6.4 Diskuse

V rámci diskuse o dosažení vytyčených cílů této práce se pokusím zdůvodnit, ve kterých oblastech se mi podařilo, nebo nepodařilo dosáhnout hlavního cíle práce. V diskusi se tedy už nebudu zabývat dílčími cíli, které jsem analyzoval a vyhodnotil v předchozích kapitolách, ale budu se věnovat nejdůležitějším výsledkům výzkumu, které jsou zároveň vyhodnocením hlavního cíle.

Při realizaci rozhovorů s informanty jsem ocenil výběr polostrukturovaného rozhovoru, který mi dával pevnou strukturu, ale také mi umožňoval variabilně dle odbornosti korigovat význam otázky a to především v oblasti upřesnění, kdo jsou osoby v péči organizací o kterých vlastně výzkumné otázky hovoří. Při výběru informantů mám za to, že se mi podařilo hovořit s kompetentními osobami, které obsáhli celé portfolio rehabilitačních aktivit. Určitým nedostatkem výzkumu se pak stali některé, ne zcela věcně příslušné otázky, které ale dle mého názoru v konečném důsledku měli jen minimální vliv na výsledek výzkumu.

Nečekaným zjištěním bariéry se při výzkumu ukázala bariéra na straně motivace potencionálně pro rehabilitaci vhodných osob s disabilitou. Příčinou tohoto stavu se dle výzkumu jeví nedostatečná informovanost osob s disabilitou, že cílem jejich rehabilitační podpory, je snížení jejich závislosti na pomoci okolí a zvýšení jejich soběstačnosti v rámci jejich celoživotního cyklu.

V této části výzkumu se ukázalo, že záměrné omezení výzkumu na mezo úroveň rehabilitačního systému bylo správné, přesto bylo v důsledku příčinou nemožnosti objektivněji posoudit některá tvrzení informantů ověřením si výše uvedeného výsledku u rehabilitovaných osob

s disabilitou. Mírným hendikepem této části výzkumu byl i poměrně malý výzkumný vzorek, ale i toto omezení dle mého názoru nesnižuje výpovědní hodnotu provedeného výzkumu.

Naopak očekávaným zjištěním bariér se při výzkumu ukázala existence překážek na straně organizací a zákonů, které nedostatečně motivují organizace k multioborové spolupráci. Přímou sice žádný z informantů nevyslovil svůj nezájem spolupracovat s dalšími odborníky multioborové rehabilitace, ale při rozhovorech byla znát nejistota informantů co by vlastně měla multioborová rehabilitace organizacím respondentů přinést za užitek. Zde se ale domnívám, že jasnou motivací by měla být i na straně realizátorů rehabilitačních aktivit co možná nejvyšší soběstačnost osoby s disabilitou v jejím celoživotním cyklu. To vše při dodržení principů sociální politiky České republiky. Toto zjištění jsem ale mohl identifikovat pouze díky své dlouholeté praxi v oboru a své pozici insidera mezi organizacemi realizujícími rehabilitační podporu. Pokud bych tuto praxi neměl, tak bych zřejmě nebyl schopen tento detail bariéry rozpoznat.

Potvrzením existence bariéry na straně organizací naznačuje i ochota přenechat organizační a koordinační roli multioborového týmu Case managerovi sociální rehabilitace, který pokud by přinesl komplexní data o aktuálních schopnostech rehabilitované osoby, tak by ušetřil rehabilitačním subjektům mnoho neúspěšných situací v budoucí spolupráci s rehabilitovanou osobou s disabilitou. Při diskusi o definici role Case-managera, zda by měl být průvodcem osobě s disabilitou, nebo plnit ještě jinou roli, byla jedním z informantů formulována role „*Smiřovák*.“ Tento název mě inspiroval k modifikaci role průvodce Case-managera, na Case-managera průvodce a obhájce potřeb nejenom přímých účastníků rehabilitace, ale i osob a organizací mimo rehabilitační systém. Kdy musí Case manager důsledně dbát na dodržení principů sociální politiky Solidarity, Subsidiarity, Stratifikace a Participace.

Očekávaným řešitelem koordinace spolupráce multioborové rehabilitace, kterého jsem záměrně nezjišťoval tazatelskými otázkami byl Úřad práce. Subjekty zdravotní, vzdělávací a sociální v rámci výzkumu nezmiňovali žádnou partnerskou spolupráci, pouze zdravotní rehabilitace měla s Úřadem práce (dále jen ÚP) dodavatelský vztah. Subjekty pracovní rehabilitace a volného trhu sice zmínili jisté zkušenosti spolupráce s ÚP, ale veskrze spíše negativní, ve smyslu pasivity a kvality doporučených zájemců o práci. Při úvahách o roli vykonavatele přímé práce s rehabilitovanou osobou prostřednictvím Case-managera sociální rehabilitace, mne totiž znejistila váha role ÚP, který je do jisté míry subjektem, který systém

rehabilitace ovlivňuje. Marginální počet zmínek o spolupráci subjektů výzkumu s ÚP mi naznačil, že prioritou podpory ze strany ÚP nejsou organizace poskytující rehabilitační aktivity, ale pouze nezaměstnané osoby .

Závěr

Cílem této diplomové práce, bylo identifikovat a posoudit bariéry, bránící prostupnosti osob s disabilitou mezi články rehabilitací od léčebné, přes pedagogickou, sociální, pracovní až na volný pracovní trh z pohledu Case-managementu sociální rehabilitace a prostupu klientů mezi jednotlivými odbornými subjekty v regionu města Hradec Králové a Královéhradeckého kraje.

Za účelem naplnění cíle, byly v teoretické části definovány základní termíny, které se problematiky dotýkají a specifické termíny, které jsou zásadní pro porozumění kontextu problematiky a následující empirické části.

V empirické části, byl definován výzkumný cíl, metodický postup, výběr výzkumné strategie a techniky. Dále byl stanoven způsob vyhodnocení výzkumu, kdy byly analyzovány zjištěné informace z rozhovorů s informanty a na základě zjištění, byly definovány bariéry multioborového systému rehabilitace při zajištění prostupnosti systémem osobám s disabilitou. Jedná se o soubor specifických identifikovaných bariér na straně osob s disabilitou a organizací, které pro osoby s disabilitou zajišťují rehabilitační podporu.

Mám za to, že výzkum byl úspěšný v identifikaci absence specifikace cíle rehabilitačního systému pro osobu s disabilitou a to zvýšení jeho soběstačnosti v celoživotním cyklu osoby s disabilitou. Tento nedostatek pak byl patrný u všech respondentů, kteří se velmi nelehce orientovali v diskusi mimo jejich odbornou specializaci.

Další oblastí v níž mám za to, že byl výzkum úspěšný je, že nenalezl žádné zákonné bariéry proč by v budoucnu nemohl být multioborový systém využíván. Zásadní ale pro rozvoj tohoto pojetí bude, zda se podaří legislativním procesem vytvořit překlenovací zákonnou normu (podobně jako je tomu v Německu viz. kapitola 2.3.1), která specifikuje společný cíl uceleného rehabilitačního procesu. Dále by měly být stanoveny oblasti, ve kterých bude povinné společné posouzení aktuální situace osob s disabilitou, a také by se měla stanovit nejvhodnější následující rehabilitační aktivita. Tím by se odstranila bariéra oddělenosti a multiresortnosti a naplnil by se princip sociální politiky stratifikace. Nedílnou podmínkou právních úprav pak musí být také překlenovací časově ohraničené financování víceoborové podpory, které by dokázalo vyřešit bariéru personální kapacity organizací, které mají v současnosti prostředky pouze na své jednooborové činnosti.

Výzkumná část této práce také ukázala, jaká je ve skutečnosti aktuální minimální motivovanost organizací spolupracovat s jinými odborníky při podpoře rehabilitovaných osob. Toto dovozují z minimální znalosti participace ochotných subjektů z jiné odbornosti, protože žádný z informantů neměl povědomí o partnerovi ve všech oblastech rehabilitačního procesu. Na druhou stranu je to potenciál Case managementu sociální rehabilitace, aby propojoval ve správný čas správné odbornosti.

Domnívám se, že se výzkumem podařilo prozkoumat a identifikovat úplnou strukturu organizací, které jsou nezbytně nutné pro smysluplné fungování rehabilitačního systému Kde na jedné straně jsou organizace, kde jsou rehabilitované osoby plně závislé na jejich péči a na straně druhé pak organizace, ve kterých je rehabilitovaná osoba plně soběstačná.

Věřím tedy, že jsem svou prací připravil teoretický i praktický rámec pro můj aplikační cíl a to, vytvořit vzdělávací kurz pro OZP a pracovníky organizací v uceleném multioborovém pojetí rehabilitace. Věřím také, že tato iniciativa bude mít silný potenciál k nastartování rehabilitace tam kde je to potřeba, v čase kdy je to potřeba a prostředky, které jsou v aktuální čas a situaci nejvhodnější.

Seznam použité literatury

BRUTHANSOVÁ, Daniela; JEŘÁBKOVÁ, Věra. *Koordinovaná rehabilitace*. 1.vyd. Praha: VÚPSV,v.v.i., 2012. 73 s. ISBN: 978-80-7416-102-5.

FARKOVÁ, Marie. *Dospělost a její variabilita*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 136 s. . ISBN 978-802-4724-805.

FRANIOK, Petr. *Kapitoly z teorie speciální pedagogiky*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2003. 57 s. ISBN 80-7042-280-7.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-736-7040-20.

Historie oboru rehabilitace. I. *LÉKAŘSKÁ FAKULTA Univerzita Karlova* [online]. [cit. 2018-07-19]. Dostupné z: <http://rehabilitace.lf1.cuni.cz/historie-oboru-rehabilitace>

International classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease. [Albany, N.Y.: sold by WHO Publications Centre USA], 1980, 205 s. ISBN 92-415-4126-1.

JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001, 285 s. ISBN 80-717-8535-0.

JESENSKÝ, Jan. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1.

KALVACH, Z. a kolektiv. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-249 0-4.

KREBS, Vojtěch. *Sociální politika*.6.vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2015. 568 s. ISBN: 978-80-7478-921-2.

KRHUTOVÁ, Lenka. *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*.1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2013a. 242 s. ISBN 978-80-7326-232-7.

KRHUTOVÁ, Lenka. *Sociální práce a lidé se zdravotním postižením*.1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2013b. 149 s. ISBN 978-80-7464-290-6.

KINKELOVÁ, Tanja.*Dcery Říma*.Praha:Knižní klub 2006. ISBN 978-80-242-1925-7.

LECHTA, Viktor. *Základy inkluzivní pedagogiky : dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 440 s. ISBN 978-80-7367-679-7.

MASLOW, Abraham H. *Motivation and personality*. 2. vydání. USA: Harper and Row publishers, 1970

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby*.2.rozšířené vyd. Praha: Portál, 2011. 200 s. ISBN 978-80-262-0041-3.

MIOVSKÝ, Michal.*Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 978-80-247-1362-4.

MKF - Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. 1.vyd. Grada Publishing Praha, 2008. 280 s. ISBN: 978-80-247-1587-2.

Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025. 1.vyd. Praha: MPSV, 2016. 232 s. ISBN: 978-80-7421-126-3.

NOVOSAD, Libor., NOVOSADOVÁ, M. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením*. Liberec. Technická Universita, 2000. ISBN 80-7083-383-1

NOVOSAD, Libor. *Kapitoly ze základů speciální pedagogiky - somatopedie*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci., 2002. 79 s. ISBN 80-7083-563-X.

POSPÍŠIL, David; SMUTKOVÁ, Lucie, eds. *Podpora člověka v jeho přirozeném prostředí*. 1.vyd. Praha: MPSV, 2017. 602 s. ISBN: 978-80-7421-121-8.

PILNÝ, Jaroslav; SLODIČKA, Roman a kolektiv. *Chirurgie ruky*. 2.aktualizované a doplněné vydání. Grada Publishing Praha, 2017. 504 s. ISBN 978-80-271-0180.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009.192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.

SIROVÁTKA, Tomáš. Sociologický časopis. *Sociální dávky a jejich příjemci: na „sociální trampolíně“, nebo ve slepé uličce?* 2000, ročník XXXVI č 2 s.181 ISSN 2336-128X

Sociální rehabilitace (§ 70) a sociálně terapeutické dílny (§ 67). *Portál Ministerstva práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2018-07-02]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/13929#5>

SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. 4. upravené vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, n.p., 1980. ISBN 14 - 628 - 80.

STUHLÍK, Jan. *Asertivní komunitní léčba & case management*. Fokus Books, Praha 2002

ŠVARÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

ŠVEC, Štefan. *Metodológia vied o výchove: kvantitatívno-scientické a kvalitatívno-humanitné prístupy v edukačnom výskume*. Bratislava: IRIS,1998. 303 s. ISBN 80-8877873-5.

VÁNĚ, Jan. *Proměny spravedlnosti: pokus o typologii*, 1.vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk 2007. 174 s. ISBN: 978-80-7380-053-6.

VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 207 s. ISBN 80-246-0708-5.

Seznam tabulek

Tabulka 1. Transformační tabulka str.44-45

Tabulka 2. Sociodemografické údaje informantů výzkumu str.47

Seznam obrázků

Obr. č. 1 schéma rehabilitačního systému v současnosti (str.22)

Obr. č. 2 schéma potenciálu propojeného rehabilitačního systému (str.24)

Seznam použitých právních norem

Zákona č.2 /1993 Sb. listina základních práv a svobod

Zákon č.48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

Zákon č.155/1995 Sb. o důchodovém pojištění

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Zákon č.435/2004 Sb. o zaměstnanosti

Zákon č. 561/2004 Sb. školský zákon

Seznam příloh

Příloha 1 - Přepis rozhovoru s informantem v rámci výzkumu ze dne 14.6.2018

Příloha 1 - Přepis rozhovoru s informantem v rámci výzkumu ze dne 14.6.2018

Dobrý den pane řediteli, moc vám děkuji za váš čas a rád bych s vámi prošel pár otázek v rámci diplomové práce zabývající se problematikou multioborové rehabilitace osob se zdravotním postižením. Začnu tedy vysvětlením hlavního cíle, hlavním cílem diplomové práce je identifikovat bariéry bránící osob s disabilitou mezi články od léčebné přes pedagogickou a sociální až na chráněný a volný pracovní trh. Z pohledu aktérů rehabilitačního procesu, vy jste tím aktérem na straně pedagogické organizace, jste zástupcem speciálního školství, kde se s těmito osobami setkáváte. Dílčím cílem je identifikovat bariéry na straně organizace, to znamená vašeho zařízení, které brání možnosti prostupu osob se zdravotním postižením do jiného článku. V tuhle chvíli jsou ty osoby plně závislé, protože to jsou vaši studenti a cíl by měl být, aby vaši studenti se dostali buď do chráněného zaměstnání nebo na volný trh. První otázkou, kterou tady mám je: Existuje dle vaší praktické zkušenosti nějaká skupina osob, která po absolvování vaší péče vyžaduje další odbornou podporu? Je to tak nebo není?

Samozřejmě absolventi vzdělávacího programu základních škol a speciálních pokud nejdou na praktickou školu, tak to jsou žáci, nad kterými ztrácíme veškerou moc a možnost podpory, takže odcházejí v podstatě do kompetence rodičů a ty už řeší problém, takže to je jedna část, která je velmi obtížně zaměstnavatelná, a druhou částí jsou absolventi naší praktické školy, kteří se potýkají se stejným problémem, protože v obou případech se jedná o klienty se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, to znamená jsou velmi obtížně zaměstnavatelní a v Hradci králové nabídka chráněných dílem je minimální.

Děkuji, já k tomu mám druhou otázku, pokud by ta první nezabrala. Pokud odpověď na první otázku zní ano, tak kolik osob se dle vaší praxe jedná. Kolik zhruba každý rok osob by tu další navazující odbornou pomoc potřebovalo.

Tak u nás ten systém už natolik prostupný a zavedený, že většina dětí z té základní speciální školy v drtivé většině pokračuje na praktickou školu a tam nabízíme jednoletý a dvouletý program a pokud mají zájem, tak tam mohou zůstat poměrně dlouho, ale kolik se nedá říct, to se jedná podle populačních ročníků, budeme se tedy bavit o tom, že závěrečné zkoušky nám každý rok skládá od dvou do šesti studentů.

Takže ročně to je dva až šest?

Ano. Dva až šest. Nedá se to zprůměrovat.

Děkuji. Třetí otázkou je: Existuje dle vaší praxe skupina osob, kterým by významně ulehčila návrat do zaměstnání multioborová podpora specialistů z dalších rehabilitačních oborů. Je to postavené trochu jinak, jak jsem naznačil tu škálu aktivit, tak tam jsou zdravotníci, sociální služby, vzdělavatelé, chráněný trh a volný trh, to znamená, tady je ta skupina, jestli je to stejná nebo jiná. V různých organizacích mají různé přístupy, takže to jsou někdy už i v průběhu té práce je potřeba spolupráce, aby se zvýšil efekt uplatnitelnosti, anebo po skončení. Takže tady se snažím dopídit toho, jestli už v průběhu vaší péče byste rádi využili možnosti spolupráce se zdravotníky, sociálními pracovníky Tak se omlouvám, přerušujeme misi ...

Pokračujeme. Já tedy jsem tu otázku číslo tři blbě vysvětlil. Je to o tom, jestli existuje skupina osob, kterým by významně ulehčil návrat do zaměstnání společná multioborová spolupráce, jestli tedy těch 2–6 klientů, nebo i studenti, kteří jsou v průběhu, jestli existuje skupina stejná nebo větší, kterým by pomohla spolupráce všech těch odborností najednou.

Já si myslím, že naši absolventi, ti naši studenti střední praktické školy jsou saturování dostatečně. Pokud má někdo zdravotní problémy, tak je řeší s lékařem dlouhodobě, protože to mentální postižení je konstantní a dlouhodobé, nemění se, spíše dochází k regresi než rozvoji, takže se to řeší dlouhodobě. A ta praktická škola svou náplní to obsáhne. A zájmová činnost, která tady je zase reflektuje na jejich výkonnost, tedy ty děti mají to co... v rámci, pokud jsou u nás na škole, tak nepotřebují další spolupráci.

Z vašeho pohledu. Dobře. Pokud zní otázka že ano, v tuto chvíli zní že ne. Tak kolik osob se dle vaší praxe jedná. To jste říkal 2-6. v tuhle chvíli, jak to popisujete, tak dokážete velmi dobře spolupracovat s lékaři, sami jste vzdělavatelé,

My s nimi nespolupracujeme. S nimi spolupracují rodiny, škola na přímo ne. Minimálně.

Takže student má dostatečnou podporu ze strany lékařů, ze strany vaší a v podstatě existuje nějaká podpora sociálního pracovníka? Že by ten člověk byl saturovaný ještě jinak.

Minimálně děti, kteří jsou na tom sociálně špatně, nebo není úplně kvalitní, tak těch je minimálně, a to spolupracujeme s ODSPODEM, a je zajímavé, že u těch středně mentálně

postižených ty rodiny dokážou zvládnou péči poměrně dobře a ty problémy jsou tam minimální, takže ne.

Mě teď napadá, díky dlouhodobé naší známosti, že jsem zaslechl, že tady jsou osobní asistenti, a to je taky sociální služba vlastně.

Jasně. Osobní asistence na naší škole není skoro žádná. Nebo u jednoho žáka, a to jsou opravdu lidi, kteří nedokážou svou sebeobsluhu zvládnout v takové míře, aby se o ně mohl postarat učitel, rodiče tady nejsou. Takže v tuto chvíli na dvě třídy využíváme jednoho osobního asistenta, tedy člověka, který je tam u konkrétního žáka.

Tak to je celkem minoritní záležitost.

Určitě.

Nějaká třeba spolupráce se zaměstnavateli na chráněném nebo volném trhu existuje? V tuto chvíli?

Ne, v tuhle chvíli neexistuje žádná spolupráce. Samozřejmě ty děti chodí na praxe, několik z nich, kteří to dávají, tak chodí třeba do dětského stacionáře, jako výpomocný personál, ale abychom měli partnera, který by zajišťoval cílenou podporu nebo nabídky práce tak to nemáme. Notabene ono to nekoresponduje s tím učebním plánem.

Dobře. Otázka 5: Jak často za rok a jaké další odborníky využíváte při podpoře osob, které využívají vaše služby? Možná jsme to teď trochu předběhli, když jsme to zrekapitulovali. Spíše to využívají ty osoby samostatně.

My jako škola to nevyužíváme.

Dobře. Otázka 6: co brání z pohledu vaší praxe rehabilitovaným osobám možnosti využít multioborové podpory ve vaší organizaci. To znamená, těm vašim studentům, co brání přizvat si třeba další ty odborníky z volného trhu, chráněného trhu, sociálních služeb.

Není potřeba.

Dobře. Brání tomu to, že není potřeba.

Jediná, ale to zas jen u pár výjimek, tak by byla podpora rehabilitace lékařské, jako takové, jako fyzické, ta by byla fajn u některých klientů, to bychom ocenili, ale tam to visí na tom, že rehabilitačních lékařů je málo a mají malou podporu v bodovém systému a my sem tedy nemůžeme dostat rehabilitačního lékaře, a to se týká obecně všechno škol, základní i speciální. Tam bychom to ocenili, to je náš sen. Mít tady rehabilitačního lékaře.

Určitě ano.

Nebo rehabilitačního pracovníka, ale ne na soukromou, ale s výkonama normálního lékaře.

Rozumím. Já to vnímám tak, že ta multioborová spolupráce by měla mít za efekt to, že těmto osobám, se kterými bude spolupracovat tak by měl zajistit možnost postoupit do méně závislého prostoru, to znamená ta multioborová spolupráce by měla být taková, že ten člověk bude méně čerpat dávek a služeb bude více si sama vydělávat na svůj život nějakou činností. Takže v tomhle tom je ten hlavní cíl, ne ve všech případech je to potřeba, některé osoby se uplatní sami za pomoci rodiny, někteří s podporou, ale určité procento lidí, se kterými se setkáváme, a ve vašem oboru by to mohlo být podobné, tak bez víceoborové podpory nemají šanci.

Jasně. Ale to vyplývá z toho, co jsem už říkal, v tom vzdělávacím systému ty jejich potřeby, díky učebnímu plánu, bavíme se o 35 hodinách týdně, tak je saturovaný žejzo, oni už tam nepotřebují nic, problém nastává, když odchází z praktické školy, na další střední vzdělávání už jejich kapacita nedá, neumožní jim to, to znamená pak nastává problém, pak ta multioborová by byla vhodná a zase by to mohlo saturovat formu chráněné díly, která bude umět s touhle kategorií lidí pracovat. To znamená chráněná dílna, kde budou natolik erudovaní lidé a natolik přijatelný tlak na výkony, že ty naše děti, absolventi jenom se základním vzděláním, jsou se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, tak že budou schopni to dát. Takže práce bude přiměřená a bude přiměřená i podpora na pracovišti, nikdy to nebude bohužel efektivní práce.

V tom podání jak to vysvětlujete tak mi to evokuje systém pracovní rehabilitace a systém pracovních dílen, kde si myslím že zrovna asi část těch studentů by patří systému sociálně-terapeutických dílen, které ve městě s tím že jsou silně podhodnoceny jestli jsou tady jedna nebo dvě a potom samozřejmě chráněné dílny a pracovní trh, které díky nastavení, že je to trh, tedy se musí chovat tržně a musí se hledět na výkon, tak bych to chápal tak, že ten výkon už bude potřeba a od 50 % normy běžného člověka, takže ten chráněný trh by měl být od 50 % výkonnosti více.

Naši absolventi tohle dají těžko. To nedají.

Takže budou spíše pro nástroj sociálně-terapeutický, spíše budou v tomhle tom.

To určitě.

Otázka 7: v první části, ještě jsme stále u bariér organizace: Co brání vám osobně a vaší organizaci v možnosti využít multioborové podpory osobám využívající vaši péči.?

Protože ji tolik nepotřebují, tak jim nebrání nic.

Takže nevnímáte tu potřebu.

Je to výzkum, takže nebudu odpovídat, jak byste potřebovali.

Ne je to, já jsem to chtěl říct na druhou stranu, že mě vedoucí práce upozornila na to, abych nemanipuloval respondenty, že tento výzkum je o tom, že nalézám tu nutnost jejich. Já se snažím vás neovlivňovat, vidíte, že trochu koulím očima, ale snažím se držet. Rád bych, abych nepodsouval.

Jsem neoblomný.

Potom mám tady druhou část dotazníku, ve smyslu bariér zákonu a legislativy, které by mohly bránit lepší podpoře těch pacientů. Takže je tady další otázka: máte zákonné možnosti přizvat na spolupráci vaší osoby jiné odbornosti? Tedy existuje nějaký zákon, nebo vyhláška, která by vám povolila přizvat si někoho ke spolupráci z venku? A povolovala.

Spíše bych to řekl jinak, legislativa mi to nezakazuje, a co není zakázáno, je povoleno.

Tam by ta bariéra nebyla, že nezakazuje, ale tak přímo neříká máte možnost.

Nenárokuje, nedává mi možnost nárokovat si, ale nezakazuje mi.

Jaké odbornosti využíváte v současnosti ke spolupráci jako organizace a podle zákona je využíváte. Vy jste specialisti na vzdělávání.

V rámci vzdělávání využíváme institut vzdělávacích služeb. Jinak nám nic, protože buď to jsou lidi, kteří jsou svépřívní, oni si ty služby shání sami, nebo to dělají jejich zákonní zástupci,

nebo to dělají rodiče, takže si to saturují sami. My zabezpečujeme jenom to vzdělávání, maximálně když si ta rodina nemůže pomoci, tak se jim snažíme pomoci my, ale to fakt jen ojedinele. Zase nemáme to nárokově, protože nemáme právo to žádat, je to naše konzultační pomoc a solidarita s tím klientem, ale jinak do toho ani nemůžeme vstupovat.

To je v pořádku. Je to opravdu o tom zjištění, jak to cítíte a prožíváte ve vaší profesi, to je správně. Otázka 9: Jaké odbornosti byste potřebovali využít více pro podporu osob ve vaší organizaci. Je to otázka legislativní, abyste měli to právo nárokovat si to.

Kdybychom to měli nárokovat, tak bych využil možnosti nárokovat si logopeda klinického a rehabilitačního pracovníka, to jsou věci, které nám chybí a velmi by nám pomohli.

A potom pro uplatnitelnost na pracovním trhu, kdybyste si mohl nárokovat více od sociálně-terapeutických dílen nebo chráněných dílen nebo chráněného trhu a volného trhu, kdybyste si mohl nárokovat něco?

Chráněné dílně, kde bude saturovat propad ohledně výkonosti a uživatelnosti té služby. Aby je někdo zaměstnal s tím, že dělá na 10 %, že tady něco pošmidlá, ale má smysluplnou činnost, chodí do práce, tohle je pro něj dostatečné. Aby ty lidi nezůstávali doma.

Dobře. Otázka 10: kdo je ve vaší organizaci dle legislativy oprávněn vyžadovat odbornou pomoc pro osoby které využívají vaši péči. Tedy kdo vezme telefon a řekne, že potřebuje od někoho pomoc.

No tak to je vedení školy. Výchovný poradce.

Výchovný poradce, existuje tady taková pozice ano? To je pro celé zařízení pro všechny studenty?

Pro všechny typy školy, co jsou tady.

Výchovný poradce to je něco jiného než speciální SPC jako ...

To je zaměstnanec školy, který má snížený úvazek a radí našim studentům s profesní orientací a výchovnými problémy.

Takže to by mohl být ten vztyčný důstojník.

Ano. Ale více méně on jim radí do školských služeb, kam dál na školu. To je tak v tom profesním, ale samozřejmě se jim snaží pomáhat i tam, ale to už není naše parketa.

Ale kdyby tato výchovná poradkyně měla možnost vzít telefon a říct „hele potřebuju pomoct s tímhle...“

Tak to by bylo dobré. Koneckonců spolupracuje i s úřadem práce.

Dobře, děkuji. Další otázka: Jaké legislativní bariéry vám brání využít multioborovou podporu jiných rehabilitačních organizací pro podporu vašich studentů? Existuje něco, co by vám bránilo?

Brání samozřejmě. My se řídíme legislativou školství, ale víceméně nás neplatí legislativa zdravotnická, neplatí ani legislativa sociální.

A zákon o nezaměstnanosti a zákoník práce.

Tak zákoník práce u nás platí, ale ne pro klienty, ten platí pro zaměstnance.

Já jsem narazil na pár věcí, co se týká myslím si bariéra jedna, která je, tak je v podstatě o ochraně osobních údajů a osobností i GDPR, ale i obecně, existuje lékařské tajemství, to je velmi přísné, myslím si, že takové upgradované tajemství do ostatních odborností by byla fajn a ta spolupráce by pak byla jednodušší, kdybychom hovořili, že držíme stejné tajemství jako vy a budeme hovořit o tom člověku jako rovný s rovným, protože někdy mám pocit, že ...

Tak tato legislativní bariéra a ochráně osobních údajů a jak je zbytečná, z mého pohledu je zbytečná, přesto že nemluvím proevropsky a legislativně, je to zbytečné, komplikované, věci to akorát zdržuje a komplikuje.

Přijde mi, že toto je typická bariéra, která nám trochu brání lépe fungovat v tom multioborovém pojetí, protože někdo má větší a někdo menší mlčenlivost, a někdo ji třeba nemá vůbec, třeba na volné trhu, tam to není vůbec legislativně ukotveno v tomto případě. A podobné typy zákonných bariér. Napadá vás ještě něco, co by v tom zákoně nám házelo klacky pod nohy.

Asi nenapadá.

Dobře. Já bych postoupil do třetího bloku.

Kolik jich ještě máme?

Už je poslední. S tím že v rámci výzkumu hledám příležitosti keys managementu sociální rehabilitace, tedy manažera případu klienta z pohledu sociální rehabilitace pro překonání těch bariér, o kterých jsme se bavili organizací a legislativy. Kdyby existoval vztyčný důstojník v roli sociální rehabilitace, který by měl tu možnost, že byste si ho zavolali, a on by byl manažerem, který to zmapuje, a vy byste si ho objednali a on by vám přišel pomoci.

To bychom uvítali. To zas je trochu jiná liga než ten ODSPOD, ta sociálka, která řeší spíše výchovné problémy, a asi nebude umět tolik profesní orientaci a zabezpečení, to bychom určitě uvítali.

To jsem moc rád za tento náhled. Já se ještě vrátím o ten krok, k otázce číslo 11. ty legislativní bariéry, úvaha o multioborovém pojetí je i v té roli, že osoba, týká se to osob v produktivním věku od 15 do 60 let, a tato osoba by v tom multioborovém pojetí mohla mít statut osoba rehabilitovaná v celém tom procesu a tento statut by ji opravňoval čerpat podporu od všech těch článků podpory, ale i by jí dával povinnost účastnit se některého toho článku, s tím že dneska ta povinnost není. Takže ta legislativní bariéra je tam i taková, že mají spoustu práv, ale nemají žádnou povinnost se účastnit nějaké podpory z toho systému multioborového, tedy si můžou jenom přijít pro dávku.

To je velký problém, já si myslím, že jestli čerpá tu podporu, tak by měl povinnost se na tom podílet, jestli ne, tak ať si trhne nohou. Ale myslím si, že něco za něco si myslím že musí být.

Cítím to tak taky. Otázka číslo 12: spolupracujete s organizacemi poskytující služby sociální rehabilitace?

Minimálně jako škola.

Napadne vás někdo konkrétní?

Spolupracujeme s Danetou, s chráněnými dílnami, a to je v podstatě všechno. A se Skokem do života.

Já mám pocit, že Daneta nemá sociální rehabilitaci, ale

Mají chráněnou dílnu. Ale se skokánkami pracujeme daleko víc. Drtivá většina našich klientů odešla do skoku do života a menší část do Danety, takže se skokem spolupracujeme více.

Spolupracujete s organizací poskytující pedagogickou rehabilitaci?

Ne.

Vůbec, že byste si nějakou externí?

Ne.

S organizací poskytující pracovní rehabilitace. Zmínili jsme Skokany. Ještě někdo jiný kromě Skokanů a Danety, že by s vámi spolupracoval?

Ne.

Spolupracujete s nějakým zaměstnavatelem volného trhu při hledání pracovního uplatnění pro vaše studenty?

Ne.

Vůbec. Dobře. A otázka 16: je v podstatě to co jsme říkali na začátku. Pokud by existovala služba sociální rehabilitace, která by byla schopna koordinovat tu pomoc vašim studentům, tak ve kterých oblastech byste její pomoc nejvíce přivítali?

V které té oblasti? Tam je 5 oblastí. Tak v té pracovní. Prostě hledání míst, kam by naši klienti mohli nastoupit a jak jsem už říkal bez extrémního tlaku na výkon a s velkou mírou podpory, tu potřebují. A pak jsme se bavili o té rehabilitaci. Takže rehabilitace jako taková sem do školy a klinický logoped.

Já to vnímám takhle v podstatě že snažíme se hovořit o tom, že ty osoby rehabilitované, studenti, by jejich cíl mě být takový, že aby byly co nejvíce soběstační, aby čerpali co nejméně dávek a aby si něco vydělali svou činností, takže v tomhle tom kontextu a pokud by teda existovala ta služba sociální rehabilitace, která by byla průvodcem té osobě, kdy by třeba byla vhodná, aby taková osoba přišla, to už není v dotazníku, to mě teď napadlo, kdy by bylo vhodné, aby se ta osoba zapojila do podpory vašich studentů?

Já si myslím, že je to úplně jedno. Že jde o to, aby se tady stavil a promluvil s těmi vyučujícími, kteří by případné klienty doporučili. To se nedá říci, že celá třída potřebuje podporu, je to o jednotlivcích, takže aby ta osoba nabídla pomoc a zeptala se, jestli to potřebuje některé z dětí. V té škále se dostaneme ... to nejde napsat na papír ... v té škále se dostaneme nějakým popovídáním, hele tenhle by něco uvítal, s tím že z toho nemusí vzejít žádný klient, ale můžou vzejít i všichni. Aby někdo uměl podat ucelenou nabídku.

To by byl krok jedna. A krok dva, když by ti studenti u vás ještě probíhali studiem, nebo ho ukončili, takže by měli povinnost hledat podporu v tom systému. Vaši studenti mají povinnost chodit do školy.

Ale pojem povinnost a právo ne tak úplně vnímají a rozlišují.

Rozumím. Jasně. Dobře.

Někdy se naše práva a povinnosti smrkávají na primární potřeby, fyziologické a biologické.

Je to základní maslowova pyramida potřeb. Vnímám to taky tak.

My ty vyšší etáže moc nemáme.

Samozřejmě obživa, přístřeší a oblečení jsou tři základy, které jsou potřeba, ale i to беру tak, že se snažím hledat prostor spravedlivého přístupu i ke zdravým osobám, lidem bez zdravotní obtíže a vnímám to tak, že ti lidé, kteří jsou zdraví, tak jsou automaticky vyřazeni ze systému podpor a musí se tím životem protloukat sami, takže se snažit maximálně ...

Ale ti naši naopak to berou jako povinnosti, ani jako právo, ale jako samozřejmost. Proto tu podporu dostávali od útlého věku a jsou na to zvyklí.

A to mi přijde nefér k lidem zdravým.

Ale zase je potřeba odlišit, jestli máme IQ 50, tak osmileté dítě tohle nevyhodnotí, když se budeme bavit o tom reálném použití intelektu. Je to osmileté dítě, mentálně.

Rozumím.

Takže spravedlivé nespravedlivé, máte pravdu, ale on to nevyhodnotí. On nepochopí, že někdo odevzdává daně, aby on takhle mohl žít. On to fakt nepochopí.

A jeho rodina myslíte že to pochopí?

Rodina to pochopí, ale ty jsou taky někdy zdegenerovaní, protože jsou na tu podporu zvyklí a většinou to berou tak, že je to určité vykompenzování té životní křivdy, která se jim stala.

Ano. Chápu, že jsou tak navyklí a že ten systém z mého pohledu tak na ně dlouhodobě působí.

O tom jsme se i bavili, je to obecně známá věc. Mě bytostně vadí, že je příspěvek na péči pro osobu blízkou a spousta rodin i sociálně a intelektově vysoce postavených, tak nechápou, že to je příspěvek na péči, ne na rodiny. A z jedné úlevy chtějí další úlevy. Tohle mě vadí. Měli by to chápat. Je to úžasné, že nám dávají aspoň tohle.

Ale za něco.

Ano, za něco. A když potom jako člověk zjišťuje, že nedají dítě na příměstský kemp, nebo ho někam nepustí, protože na to nemají peníze, ale vždyť tam ty peníze na to jsou. Primárně na tohle. Tam nejsou na to, aby ta rodina měla nové auto.

Rozumím. Je tam škála dávek, které někdy neplní svůj účel a jsou využívány jinak. Narážíme na to i v naší oblasti chráněného trhu. Tam v těch dávkách by ty oblasti měly být jasně stanoveny. Vy máte povinnost saturovat dítěti z tohohle tohle. A jestli něco zbyde, tak to je bonus.

Jasný, rozumím. A priorita je využití pro tohle.

Takhle to vnímám.

Já jsem vyčerpал celou sadu těch otázek. Moje otázka na závěr: Je něco, co vám třeba celou dobu běželo hlavou, co si povídáme a co nezaznělo? Jestli něco jako ...

Za chvíli mám další povinnosti a musím si připravit ceny na vyhlášení školního kola v cyklistice. Mluvím zcela upřímně.

V pořádku. Já jsem moc rád, že je ten čas a že jsme ho mohli spolu strávit. Pohled lidí z vaší odbornosti je pro mě důležitý, protože mi doplňuje celou tu skládačku a vnímám, že se ty diskuze vedou jednooborově, opravdu úzce zaměřené. Tak ty si myslím, že pochopit i tu druhou odbornost je velmi důležité, aby to mohlo fungovat a je to důležité i osobně.

Ten vzdělávací systém bych nazval přípravným a čekacím obdobím, než začne draná životní realita. To je výborně pojmenováno. Celkově. Mě přijde, že ten rozdíl defacto toho rehabilitačního celku je ... my připravujeme tu osobu k tomu, aby z toho hodného pečujícího nastoupil do toho drsného. A je nám jasné, že se jim tam nechce, automaticky hledají tu pečující náruč, ale v tom drsném se aspoň trochu zapojují.

Jasný, tahle klientela, o které se bavíme, tak oni mají proklatě málo možností, protože oni nebudou tak výkonní, aby ... poznal jsem pár jedinců, kteří se živý s mentálním postižením jako zedník, protože to byl chlap jak hora, moc toho nevymyslel, ale jako přidavač luxusní pracovník, byl to stroj.

V tomto pohledu, bylo by skvělé, já jsem narazil v jedné diskuzi na rehabilitační klinice, tam pan Němeček zmínil plnohodnotný život a návrat do něj, u jejich klientů, kteří normálně pracují, a najednou se stane průser ...

A tady se ale nejedná o návrat, tady je to spíše vstup do plnohodnotného života. Oni nikdy ten plnohodnotný život neměli. Ale oni si to ani neuvědomují.

A z pohledu společnosti může to být habilitováno na úrovni kam se dotáhl a aby tam byl habilitovaný, s tím že se nemůže dostat na další metu, to je ten význam, i role systému by měla být, že by měla habilitovat a udržet toho člověka na nějaké úrovni. To se domnívám.

Víte, co je to habilitace?

Z mého pohledu, tak jak vnímám rehabilitaci, tedy návrat člověka.

Já vás zastavím, to je zbytečné, je to pokyn chodskému letectvu, habi lítalo ...

Tak jsem zase naletěl.

Já moc děkuji a vypínám nahrávání.