



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Koordinovaná rehabilitace a její realizace
v organizacích pomáhajících osobám po poškození
mozku v Českých Budějovicích**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Bc. Anna Prášková

Vedoucí práce: doc. Mgr. et Mgr. Jitka Vacková, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem *Koordinovaná rehabilitace a její realizace v organizacích pomáhajících osobám po poškození mozku v Českých Budějovicích* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 14. 5. 2018

.....
Bc. Anna Prášková

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé diplomové práce doc. Mgr. et Mgr. Jitce Vackové, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady. Dále děkuji všem informantům, kteří se podíleli na výzkumném šetření, za jejich čas a ochotu podělit se o své názory a zkušenosti.

Koordinovaná rehabilitace a její realizace v organizacích pomáhajících osobám po poškození mozku v Českých Budějovicích

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá fungováním koordinované týmové spolupráce v organizacích, které poskytují sociální služby osobám po získaném poškození mozku. Tato poškození svojí četností a vysokou úmrtností představují jednu z nejzávažnějších nemocí ve světě i v České republice. Jedinec, který prodělal poškození mozku, se potýká s řadou socio-ekonomických změn. Předpokladem pro docílení plné sociální integrace tohoto jedince je zajištění včasné péče a spolupráce jednotlivých odborníků na daném případě. Tato spolupráce a provázanost mezi odborníky však v navazujících organizacích často chybí, což může zpomalit návrat jedince do běžného života. Neméně důležitá je také spolupráce s rodinnými příslušníky, kteří mají v rámci rehabilitace nezastupitelný vliv.

Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a výzkumnou. Teoretická část je zaměřena na následky získaného poškození mozku, následně také na možnosti sociálního zabezpečení, které stát osobám s tímto poškozením nabízí. Velká část textu je věnována koordinované rehabilitaci a multidisciplinární spolupráci, jež má významný vliv na zlepšení kvality života osob po poškození mozku.

Ve výzkumné části byla použita kvalitativní výzkumná strategie, metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru se sociálními pracovníky v českobudějovických organizacích, které poskytují sociální služby podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak probíhá koordinovaná rehabilitace v sociálních službách pracujících s osobami po získaném poškození mozku a následně vytvořit návrh na zefektivnění realizace koordinované rehabilitace v těchto organizacích. V souvislosti s cílem byly stanoveny dvě výzkumné otázky: Kteří odborníci se podílí na realizaci koordinované rehabilitace v sociálních službách poskytujících služby osobám po získaném poškození mozku? Jak je realizována spolupráce týmu při práci s osobami po získaném poškození mozku? Data byla zpracována v programu Atlas.ti 7. Výzkum dané problematiky byl realizován v rámci úspěšně přijatého projektu GAJU s nazvaném „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“.

Výsledky výzkumu ukazují na nedostatečnou spolupráci odborníků v sociálních službách poskytujících péči osobám se získaným poškozením mozku. I přes akutní potřebu koordinované a multidisciplinární podpory těchto osob, chybí v organizacích jednotliví odborníci, popř. tam působí pracovníci, kteří vykonávají práci jiné profese bez potřebné kvalifikace. Časová, organizační a finanční náročnost týmové spolupráce znemožňují poskytovat kvalitní multidisciplinární péči, která je důležitým předpokladem pro znovuzачlenění osob zpět do pracovního a společenského života.

Týmová multidisciplinární spolupráce přináší spoustu pozitiv, na druhou stranu naráží také na různé bariéry, o kterých je potřeba dále diskutovat a přijít na vhodná řešení, která nebudou pouze v zájmu klienta a jeho rodiny, ale také celého multidisciplinárního týmu.

Klíčová slova

koordinovaná rehabilitace; multidisciplinární tým; získané poškození mozku

Coordinated rehabilitation and its implementation in organizations helping people after brain injury in České Budějovice

Abstract

This thesis concerns with the functioning of coordinated team co-operation in organizations which provide social services to persons after acquired brain injury. Due to the frequency of occurrence and its deadful impact, these injuries become one of the most serious diseases not only in the Czech Republic but in the world. A person who has suffered brain injury is struggling with a number of socio-economic changes. A precondition for achieving full social integration of this individual is to ensure timely care and cooperation of individual experts on the given case. Such cooperation among experts is often missing in interconnected organizations. This can cause slowdown of the process of integration of an individual back to their everyday life. Equally important is the cooperation with family members who have an irreplaceable influence on the rehabilitation.

The thesis is divided into two parts - theoretical and research. The theoretical part focuses on the consequences of acquired brain injury as well as on the the possibilities of social security provided by the state. Also, much of the text concerns with the coordinated rehabilitation and multidisciplinary collaboration which has a significant impact on improving the quality of life of people after brain injury.

The data collection was carried out with the help of the method of qualitative research strategy, the technique of semi-structured interview with social workers in organizations of the city of Ceske Budejovice who provide social services according to Act 108/2006 Coll., on social services, as amended. The research is aimed at finding out how the coordinated rehabilitation is implemented in social services working with persons after acquired brain injury and then to create a proposal to streamline the implementation of coordinated rehabilitation in these organizations. Following the objectives, two research questions were examined: Which experts are involved in coordinated rehabilitation in social services providing services to people after brain injury? How is the cooperation of the team working with people after brain injury implemented? The data was processed in Atlas.ti 7. The research was carried out within the successfully accepted project at the Faculty of Health and Social Sciences, called

Coordinated rehabilitation of patients with brain injury (reg. No. GAJU 138/2016/S), funded by the Grant Agency of the University of South Bohemia.

The research results show insufficient cooperation of experts in social services providing care to persons with acquired brain injury. In spite of an acute need of coordinated and multidisciplinary support to such persons, the organizations miss specific professionals or employ workers who carry out works of other professions without the necessary qualification.

The time, organizational and financial demands of teamwork make it impossible to provide high-quality multidisciplinary care, which is an important precondition for reintegration of people with brain injury back into work and social life. Team multidisciplinary cooperation brings a lot of positives, on the other hand, it also encounters barriers, which need to be further discussed in order to come to suitable solutions that are not only in the interest of the client and his family, but also great for the whole multidisciplinary team.

Key words

coordinated rehabilitation; multidisciplinary team; acquired brain injury

OBSAH

OBSAH	8
ÚVOD.....	10
1 SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Poškození mozku	11
1.1.1 Cévní mozková příhoda (CMP).....	12
1.2.1 Traumatické poškození mozku	16
1.3.1 Další získaná poškození mozku	18
1.2 Sociální zabezpečení.....	18
1.2.1 Dávky pro osoby se zdravotním postižením.....	18
1.2.2 Průkazy osob se zdravotním postižením.....	19
1.2.3 Sociální služby.....	20
1.3 Koordinovaná rehabilitace	21
1.3.1 Historické souvislosti koordinované rehabilitace	22
1.3.2 Cíle koordinované rehabilitace	24
1.3.3 Prostředky koordinované rehabilitace	25
1.3.4 Realizace koordinované rehabilitace v České republice.....	30
1.3.5 Nový model rehabilitace	32
1.4 Multidisciplinární tým	33
1.4.1 Kruhová podpora	36
1.4.2 Etika a multidisciplinární tým.....	36
2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	38
2.1 Cíle.....	38
2.2 Výzkumné otázky	39
3 METODIKA	40
3.1 Použité metody a techniky sběru dat	40
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	40
3.3 Proces sběru dat	41
3.4 Etická pravidla	42
3.5 Vyhodnocení.....	42
4 VÝSLEDKY	43
4.1 Typologie odborníků zapojených do koordinované rehabilitace.....	43
4.2 Průběh spolupráce týmu.....	53

4.3	Nastavení harmonogramu týmové spolupráce.....	60
4.4	Funkce koordinátora týmu.....	61
4.5	Legislativa a financování koordinované rehabilitace	62
4.6	Návrh na zefektivnění realizace koordinované rehabilitace v sociálních službách	64
5	DISKUZE	69
5.1	Možná zkrácení výzkumu	77
6	ZÁVĚR	79
7	SEZNAM LITERATURY	82
8	SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK	89
9	SEZNAM PŘÍLOH	90
10	SEZNAM ZKRATEK	104

ÚVOD

Potřeba včasné kvalitní multidisciplinární péče u osob se získaným poškozením mozku je stále více diskutovaným tématem. Tato získaná poškození svojí četností a vysokou úmrtností představují jednu z nejzávažnějších nemocí ve světě i v České republice. Jedinec, který prodělá poškození mozku, se potýká s řadou socio-ekonomických změn. Předpokladem pro docílení plné sociální integrace tohoto jedince je zajištění včasné péče a spolupráce jednotlivých odborníků na daném případě. Tato spolupráce a provázanost mezi odborníky však v navazujících organizacích často chybí, což může zpomalit návrat jedince do běžného života. Neméně důležitá je také spolupráce s rodinnými příslušníky, kteří mají v rámci rehabilitace nezastupitelný vliv.

Cílem mé diplomové práce bylo zjistit, jak probíhá koordinovaná rehabilitace v sociálních službách pracujících s osobami po získaném poškození mozku a následně vytvořit návrh na zefektivnění realizace koordinované rehabilitace v těchto organizacích. V souvislosti s cílem byly stanoveny dvě výzkumné otázky: Kteří odborníci se podílí na realizaci koordinované rehabilitace v sociálních službách poskytujících služby osobám po získaném poškození mozku? Jak je realizována spolupráce týmu při práci s osobami po získaném poškození mozku? Práce je zaměřena na názory dvanácti sociálních pracovníků, kteří pracují v českobudějovických organizacích sociálních služeb poskytujících péči osobám se získaným poškozením mozku.

Sociálních služeb, které poskytují péči přímo osobám po poškození mozku, je v České republice minimum, proto tito jedinci často využívají služeb, které poskytují podporu všeobecně osobám se zdravotním postižením. Tyto služby však nedokáží (ať už z personálního nebo finančního hlediska) adekvátně reagovat na specifické potřeby osob s poškozením mozku a poskytovaná péče není dostatečně komplexní a kvalitní (Kollárová (ed.), 2014). Chybějící legislativní ukotvení koordinované rehabilitace se stává další bariérou v smýšlení odborníků snažit se v duchu uceleného systému rehabilitace pracovat (Čevela a Čeledová, 2011).

Tato diplomová práce vznikla jako součást projektu GAJU s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Poškození mozku

Poškození mozku je díky svému rapidnímu nárůstu označováno za epidemii 21. století, která se svým rozsahem podobá malárii nebo HIV/AIDS, ale neomezuje se pouze na rozvojový svět (Chua et al., 2007). Lippertová-Grünerová (2005) přisuzuje tento vysoký nárůst vyššímu počtu dopravních prostředků a větší oblibě adrenalinových sportů, které jsou často následkem vážného poranění mozku. Čížková et al. (2011, s. 6) uvádí, že *poranění mozku je nejčastější příčinou úmrtí u osob do 45 let (převážně mužů) a cévní mozkové příhody jsou třetí nejčastější příčinou úmrtí u osob starších 60 let (45 let u žen)*. Powell (2010) nazývá tento jev tichou epidemií. Lippertová-Grünerová (2005) a Powell (2010) se shodují a zdůrazňují, že zvýšený počet pacientů po poškození mozku není způsoben pouze rizikovějšími možnostmi trávení volného času, ale také velkým pokrokem v neodkladné a intenzivní péči lékařů, kteří díky novým technickým vymoženostem včas rozpoznají krevní sraženiny v mozku. *Pacienti s těžkým, dříve smrtelným poraněním mozku často úraz přežijí, ale s těžkými funkčními následky* (Lippertová-Grünerová, 2005, s. 23). Je tedy velice důležité, aby pacientům byla poskytnuta péče v rámci všech složek koordinované rehabilitace (Votava a kol., 2005).

Poškození mozku může být způsobeno mnoha příčinami. Kolář et al. (2009) hovoří o infekčním onemocnění mozku (zánět mozkových blan), degenerativním onemocnění mozku (Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba), degenerativním onemocnění nervů (roztroušená skleróza), mozkové mrtvici, epilepsii, nádorovém onemocnění, úrazech aj.

Vzhledem k cílové skupině projektu GAJU s názvem „Koordinovaná rehabilitace a její realizace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“, v jehož rámci tato diplomová práce vznikla, se zaměřím pouze na **získaná poškození mozku**. Sdružení CEREBRUM ve své brožuře popisuje, která onemocnění do získaného poškození mozku řadíme. Patří sem cévní mozkové příhody, traumatická poškození mozku, nádory mozku, mozkové hypoxie a anoxie a jiná toxická, metabolická a infekční poškození (Janečková, Žilová, Radochová (eds.), 2011).

1. 1. 1 Cévní mozková příhoda (CMP)

Šeclová (2004) popisuje vznik cévní mozkové příhody, ke které dochází při přerušení zásobování mozku krví, nejčastěji ucpáním nebo prasknutím tepny, která krev do mozku přivádí. Tím dochází k nedostatku kyslíku a živin, které jsou pro mozek nepostradatelné a mozkové buňky přestávají dočasně fungovat nebo odumírají (Halová, 2007). Je proto nezbytné, aby bylo o pacienta po CMP řádně pečováno, docházelo ke stimulaci a následné obnově zachovalých buněk (Šeclová, 2004).

Cévní mozková příhoda by měla být považována za naléhavý stav. Wester (2003), Trojan et al. (2005) a Neubauerová et al. (2012) zdůrazňují význam tohoto onemocnění, jelikož se CMP řadí po kardiovaskulárních onemocněních a nádorech na 3. místo v příčinách smrti. I přes veškeré medicínské pokroky, mozkové příhody bývají často příčinnou vážného zdravotního postižení, proto jsou *značným medicínským, sociálním a ekonomickým problémem* (Kolář et al., 2009, s. 386).

Cévní mozkové příhody dělí Pfeiffer (2007) podle délky trvání a závažnosti poškození do tří skupin:

- **Přechodné mozkové příhody (prchavé ikty)** jsou doprovázeny dočasnou obrnou, neobratností končetin, poruchou vidění či řeči a často sami v několika minutách až hodinách odezní.
- **Lehké nebo středně těžké mozkové příhody (ikty)**, které jsou spojeny se zhoršenou jemnou i hrubou motorikou a trvají několik dnů až týdnů, většinou zcela nezmizí. Tyto problémy často postihují psychiku pacienta (Lippertová-Grünerová, 2005).
- **Těžké mozkové příhody (ikty)** jsou doprovázeny ztrátou vědomí. Často vzniká těžká a trvalá hemiplegie, tzn. úplné ochrnutí poloviny těla, v krajních případech dochází až k smrti (Lippertová-Grünerová, 2005).

Následky CMP a jejich řešení

S jak velkými následky se pacient po CMP bude potýkat, závisí dle Vaňáskové (2004, s. 5) na několika faktorech: *typu a stupni neurologického postižení, dalších onemocnění, změnách psychiky, omezení aktivit denního života a bariérách v okolí*. Lippertová-Grünerová (2005) uvádí, že pacient, který prodělal mozkovou příhodu, mívá často problémy s jednou polovinou těla (pokud je poškozená pravá strana mozku, jedinec bude mít potíže s pohybem a cítěním levé strany těla).

Nejčastějšími následky cévních mozkových příhod jsou komunikační problémy, poruchy motoriky, kognitivní poruchy, poruchy paměti a smyslového vnímání, poruchy autonomních funkcí, emoční a sociální potíže (Šeclová, 2004; Vaňásková, 2004).

Komunikační problémy se projevují dvojitým způsobem. Buď jedinec rozumí a chápe co mu druhý říká, ale nedokáže nalézt správná slova, tudíž ztrácí schopnost komunikace nebo vůbec nerozumí významu slov a logicky na to může jen těžko reagovat (Votava, 2001). Velmi časté jsou i potíže s artikulací v důsledku ochabnutí svalů mluvidel (Vaňásková, 2004). Autorka (2004) dále popisuje, že bychom pacienta, který má tento komunikační problém, neměli nechat sedět v koutě – je potřeba s ním udržovat kontakt a dodat mu sebedůvěru. Důležité je být trpělivý, nechat jedinci čas na nalezení slov, nestresovat ho tím, že po něm budeme chtít několikrát slovo zopakovat (Šeclová, 2004). Dobrou alternativou je využití neverbální komunikace nebo verbální komunikaci doplnit o komunikační tabulku, v neposlední řadě bychom se měli obrátit na logopeda (Votava, 2001).

Následkem poškození mozku může dojít také k **poruchám motoriky**. Dle Halové (2007) a Palmera et al. (2013) mohou vznikat centrální neboli spastické parézy/obrný (omezené pohyby končetin) a při těžším poškození i plegie (úplné ztráty hybnosti končetin). Často také dochází k faciálním parézám, kdy pacient ztrácí motorické svalstvo obličeje, nejčastěji v jeho jedné polovině, té opačné, než je poškozený mozek (Šeclová, 2004). Léčba probíhá formou cvičení a masáží ochablého svalstva, které vedou ke zlepšení pohybů (Halová, 2007). U centrálních paréz je důležité začít již polohováním v nemocnici, které může výrazně ovlivnit komplikace spasticity, dále se začínají cvičit pasivní pohyby, které přechází v nácvik volných pohybů (Votava a kol., 2005). Powell (2010) popisuje, že bude třeba znovu absolvovat základní vývojové stádium – pacient se například naučí opět chodit až po tom, co bude umět udržet rovnováhu a stát. Autor (2010) také zdůrazňuje, že je důležité učit se všechno postupně a pečlivě, aby si pacient neautomatizoval abnormální pohyb, který by se pak těžko odnaučoval. Po propuštění pacienta do domácího prostředí je důležité s cvičením pokračovat a využít pomoci dalších odborníků, jako je například ergoterapeut, který pomůže navrhnout vhodné pomůcky, popřípadě poradí s možnou úpravou domácího prostředí a odstraněním bariér (Vaňásková, 2004).

Dalším možným následkem CMP jsou **kognitivní poruchy**. Patří sem tzv. neglect syndrom, kdy jedinec, který trpí ochrnutím jedné strany těla, si v prostoru neuvědomuje právě tuto postiženou stranu (Trojan et al., 2005; Janečková, Žilová, Radochová (eds.),

2011). Proto bychom k pacientovi po cévní mozkové příhodě měli přistupovat vždy z jeho postižené strany, jelikož je tím nucen, uvědomovat si právě onu poškozenou část svého těla (Šeclová, 2004). Dále do kognitivních poruch, se kterými se jedinec po CMP setkává, patří poruchy paměti a smyslového vnímání. Lidský mozek zpracovává zrakové, sluchové, čichové, chuťové a hmatové vjemy, které mohou být následkem CMP narušeny (Powell, 2010). Například tzv. vizuální agnozie, kterou popisují Boháček a Polcarová (2007), se projevuje neschopností rozpoznat a určit barvy, tvary, tváře. Je však důležité mít na paměti, že tato porucha není způsobena defektem vidění (Kollárová (ed.), 2014). Pokud pacient nepoznává své blízké podle tváře, zpravidla je pozná pomocí jiného smyslu, například pomocí sluchu (Šeclová, 2004; Kollárová (ed.), 2014).

Poškození mozku může zapříčinit poruchy základních dovedností, které se učíme již v dětství (Rehabilitace po CMP, 2012). Následkem nemoci pak dochází k inkontinenci moči a stolice (Šeclová, 2004). V tomto případě mluvíme o **poruchách autonomních funkcí**. Inkontinence je přidružené onemocnění a ze začátku se řeší zavedením katetru do močového měchýře (Powell, 2010). Autor (2010) uvádí, že jakmile je to možné, katetr se odstraní a pacient se opět učí rozpoznávat signály a dostat se na toaletu sám.

Posledními, ne však méně závažnými následky mozkových příhod, jsou **emoční a sociální potíže** (Kollárová (ed.), 2014). Často se objevují rychle se měnící nálady, pacient se náhle rozpláče, rychle se rozčílí, může být zmatený, úzkostnější, podrážděnější, nedokáže kontrolovat své emoce (Palmer et al., 2013). Tyto reakce bývají odpovědí na vzniklé překážky, jelikož další život člověka, který utrpěl poškození mozku, je nesmírně stresující (Powell, 2010; Janečková, Žilová, Radochová (eds.), 2011). Lewis a Horn (2017) ve svém výzkumu zjistili, že je důležité, zachovat si psychickou pohodu. Z výzkumu autorů (2017) vyplývá, že ti jedinci, kteří trpěli depresi, měli těžší průběh onemocnění než ti, kteří na tom byli psychicky v pořádku. Člověku, který se emočně trápí, je zoufalý a neví si dál rady, pomůžeme nejvíce tak, že budeme ignorovat jeho nevhodné chování, naopak ho budeme podporovat v tom vhodném (Šeclová, 2004). Opomenout bychom neměli na rodinu a přátele, kteří by měli být pacientovi nablízku a měli by se mu snažit nemoc, která s sebou může přinést nespočet problémů v různých oblastech života, jako je například ztráta zaměstnání, komunikační, sociální a rodinné problémy, překonat (Halová, 2007). Dobré je, snažit se takto emočně labilního člověka zaměstnat nějakou prací, přimět ho jít na procházku

(pokud to je možné), požádat známe, ať ho navštíví (Šeclová, 2004). Další možností je vyhledání podpůrných skupin, kde je člověk v kontaktu s lidmi se stejným osudem (Kopřiva, 2006). *Z iniciativy osob po CMP i zdravotnických pracovníků vzniklo Sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách (zkráceně Sdružení CMP), jehož hlavním cílem je znovuzачlenění pacientů po CMP do společnosti* (Kolář et al., 2009, s. 393).

Rehabilitace po CMP

Prvotní a velmi důležitá část dobře se vyvíjející léčby iktu je efektivně pracující záchranná služba, která oddálí ztráty na minimum a zajistí, aby došlo k udržení životně důležitých funkcí (Pfeiffer, 2007). Dalším neméně důležitým bodem je zjištění rozsahu poškození mozku a prevence komplikací (Wester, 2003; Trojan et al., 2005). Pacient se po proběhlé těžké mozkové příhodě obvykle dostane na neurologickou JIP nebo na neurologické standardní oddělení a následně na lůžkové rehabilitační oddělení, popřípadě, pokud ani nadále nelze pacienta ze zdravotních důvodů propustit do domácího prostředí, je nutné zajistit další návaznost například v rehabilitačních ústavech, LDN aj. (Rehabilitace po CMP, 2012).

Značná funkční a psychosociální zátěž, kterou s sebou CMP přináší, vyžaduje specializované komplexní rehabilitační služby zahrnující koordinované úsilí různých profesí, pacientů, jejich rodiny a celé komunity (Khan, 2017). Pfeiffer (2007, s. 151) vyzdvihuje potřebu spolupráce odborníků z různých odvětví, kteří hrají klíčovou roli v péči o pacienta s iktem: *neurolog, internista, kardiolog, anesteziolog, odborník disponující moderními zobrazovacími technikami včetně možností zobrazení cévního řečiště a cévní intervence, neurochirurg, okulista, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, psycholog, sociální pracovník*. Vhodné je, když pacienti po odeznění akutního stadia mozkové příhody absolvují pobyt v rehabilitačních centrech nebo lázních (Kolář et al., 2009; Rehabilitace po CMP, 2012).

Ke zlepšování stavu pacienta může při soustavné a koordinované rehabilitaci docházet i několik let, přesto se však předpokládá, že po několika měsících jde více či méně o trvalý a nezvratný stav (Trojan et al., 2005). Lze však využít různých speciálních pomůcek, popřípadě dávek a příspěvků, které mohou pacientovi a jeho rodině značně zjednodušit život (Votava a kol., 2005).

1. 2. 1 Traumatické poškození mozku

Pokud dojde k úrazu hlavy, mluvíme o traumatickém poškození mozku (dále TPM). Nejčastějšími příčinami TPM jsou dopravní nehody, v menší míře také pády, sportovní a pracovní úrazy a údery do hlavy (Mlčoch, 2008; Neubauerová, 2012).

Traumatická poškození jsou buď otevřená, když dojde k průniku lebkou do hlavy nebo uzavřená, která bývají následkem prudkého úrazu (Čížková et al., 2011). Podle toho, kdy dojde k poškození mozku, se TPM dělí do tří skupin (Powell, 2010):

- **Primární poranění**, které vzniká při prvotním nárazu, po kterém okamžitě dochází k poškození mozku. Patří sem otřes mozku (komoce), zhmoždění mozku (kontuze) a krvácení do mozkových plen a mozkové tkáně (Mlčoch, 2008; Neubauerová et al., 2012).
- **Sekundární poranění** je způsobeno nedostatečným okysličením mozku v několika minutách po úrazu.
- **Terciální poranění** je následkem krvácení, pohmoždění nebo otoku mozku a vzniká až po několika dnech či měsících po úrazu.

Následky TPM a jejich léčba

Traumatické poškození mozku se může projevovat v různých případech různým způsobem, vždy záleží na rozsahu poškození (Trojan et al., 2005; Janečková, Žilová, Radochová (eds.), 2011).

U otřesu mozku dochází ke krátkodobému bezvědomí, prudkým bolestem hlavy, zvracení, jedinec si nemusí vybavit, co bylo před úrazem, je zvýšená únava, později se mohou dostavit také poruchy chování, v krajních případech i poruchy paměti a poruchy osobnosti (Pfeiffer, 2007; Mlčoch, 2008). Mlčoch (2008) popisuje léčbu komocí, která se zaměřuje na odstranění příznaků za pomoci léků. Většina těchto lidí se vrací z nemocnice brzy domů a do několika měsíců dosáhne úplného uzdravení (Čížková et al., 2011). Pfeiffer (2007) vysvětluje zajímavý fenomén, tzv. rentovou neurózu, kterou může způsobit sjednané úrazové pojištění, jež vede pacienta vědomě či podvědomě ke zveličování obtíží a je následnou bariérou v rehabilitaci a znovuzачlenění do pracovního procesu.

Kontuze je vážnější poškození mozku, které s sebou nese komplexní dlouhodobé důsledky, často dochází k bezvědomí a následnému ochrnutí části těla (Pfeiffer, 2007; Mlčoch, 2008). Takovéto poškození může způsobit tak vážné postižení, že se tímto

problémem zabývá například i nadnárodní organizace Evropská komise funkční rehabilitace HELIOS II (Trojan et al., 2005). Tato organizace, jak autor (2005) dále zmiňuje, publikovala v roce 1996 Směrnici pro Rehabilitaci po poškození mozku, která se zaměřuje na primární prevenci, tedy na předcházení úrazů. Pokud však k úrazům dojde, nastupuje druhý stupeň – prevence následků, kam řadíme například vyškolenou rychlou záchrannou službu (Trojan et al., 2005).

Následky úrazů mozku mohou být dočasné i trvalé a mají dle Mlčocha (2008) různé podoby: *poškození soustředění, poruchy spánkového režimu, bolesti hlavy, poškození hybnosti, intelektu, poškození paměťových či řečových funkcí, poruchy tělesného metabolismu, těžké kóma.*

Za vyšší šance zraněných na přežití a zachování jejich kvality života vděčíme medicínskému pokroku, který se za posledních desítek let výrazně zvýšil (Mlčoch, 2008). Flemingova (2011) studie zkoumala přání a potřeby dvaceti pacientů po TPM a jejich rodinných příslušníků. Konkrétně byla touto studií zdůrazněna potřeba kvalitního terapeutického prostředí, smysluplného zaměstnání a rodinné soudržnosti. Rozsah postižení u osob se závažným poraněním mozku vyžaduje koordinovanou péči týmu odborníků a specialistů, s cílem optimalizovat reziduální potenciál a okamžitě řešit aspekty, které narušují obnovu stavu pacienta (Tanti, Saviola, 2015). Důležité výsledky přináší výzkum Currana et al. (2014), jehož cílem bylo vyhodnotit výsledky ambulantního programu pro dospělé osoby po středně těžkém a těžkém traumatickém poškození mozku. Výsledky ukazují na potřebnost zajištění kontinuity komplexní péče i po odchodu z nemocnice, jakožto i včasné zajištění emoční podpory (Curran et al., 2014). Podobný ambulantní výzkum byl proveden v Německu. Toho se zúčastnilo 53 pacientů, kteří prodělali poškození mozku následkem úrazu (Bender et al., 2016). Autor (2016) v následujících větách dále popisuje průběh a výsledky výzkumu. Pacienti byli rozděleni do 2 skupin – 26 osob, na jejichž péči se podílel tým odborníků a 27 osob, u kterých probíhala standardní péče. U jedinců, kde probíhala koordinovaná rehabilitace, se za 4 týdny zlepšila jejich nezávislost v každodenních činnostech a 61 % z nich dosáhlo svých stanovených cílů. Ti pacienti, u kterých probíhala běžná léčba, dosáhli svých cílů pouze v 21 %.

I přes veškeré medicínské pokroky a úspěšnou léčbu bychom se měli držet rčení „prevence až na prvním místě“, měli bychom se snažit úrazům v co největší možné míře předcházet, dodržovat různá preventivní opatření – používat bezpečnostní pásy, kvalitní přilby a dodržovat bezpečnostní zásady při práci a sportu (Mlčoch, 2008).

1. 3. 1 Další získaná poškození mozku

Do získaných poškození mozku řadíme kromě cévních mozkových příhod a traumatických poškození také nádory mozku, mozkové hypoxie (nedostatek kyslíku v tkáních) a anoxie (úplné chybění kyslíku v tkáních) a další toxická, metabolická a infekční poškození (Janečková, Žilová, Radochová (eds.), 2011).

Nádorová onemocnění mozku

Nádory mozku mohou být různé, známe nádory benigní (nezhoubné), maligní (zhoubné), mohou být pomalu rostoucí, ale i agresivní a bez včasného zahájení léčby a adekvátní terapie mohou způsobit až smrt (Pfeiffer, 2007; Fadrus et al., 2010).

Příčiny mozkových tumorů popisuje v následujícím odstavci Fadrus et al. (2010). Jedná se buď o endogenní (vnitřní) nebo exogenní (vnější) příčiny. Endogenní příčině dominuje genetický faktor, exogenním příčinám potom různé viry, záření a chemické látky.

Nádorová onemocnění se projevují podle lokalizace nádoru různě, mohou způsobovat bolesti hlavy, nevolnost, zvracení, na očním pozadí se často objevuje městnavá papila, dále způsobují poruchy psychiky a vědomí, poruchy řeči a kognitivních funkcí, epileptické záchvaty (Pfeiffer, 2007).

Léčba je podmíněna velikostí, lokalizací a charakteru nádoru (Adam, Vorlíček a kol., 2004). Vždy také záleží na věku a celkovém stavu pacienta (Fadrus et al., 2010). Prvním bodem terapie je operace, jejímž cílem je odstranění ložiska, následuje radioterapie a chemoterapie (Adam, Vorlíček a kol., 2004). Dalšími možnostmi léčby jsou také imunoterapie a genová terapie (Fadrus et al., 2010).

1. 2 Sociální zabezpečení

1. 2. 1 Dávky pro osoby se zdravotním postižením

Dávky, o které si mohou osoby se zdravotním postižením zažádat, jsou invalidní důchod, příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku (MPSV, 2015).

Invalidní důchod lze dle zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění, pobírat tehdy, pokud pracovní schopnost jedince poklesla nejméně

o 35 %. Invaliditu můžeme dle tohoto zákona dále rozdělit podle míry poklesu pracovní schopnosti do tří skupin, a to na invaliditu prvního (pokles o 35-49 %), druhého (pokles 50-69 %) a třetího stupně (pokles o 70 % a více).

Příspěvek na péči upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Tuto dávku poskytuje stát osobám starším jednoho roku, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb. Příspěvek je odstupňován podle míry závislosti jedince a může být použit na zajištění péče v přirozeném prostřední osobou blízkou, asistentem sociální péče či prostřednictvím poskytovatelů sociálních služeb nebo může částečně uhradit náklady v pobytových zařízeních sociální péče (Čížková et al., 2011).

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, v platném znění, upravuje 2 druhy dávek – příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku. Nárok na **příspěvek na mobilitu** má osoba starší jednoho roku a zároveň musí mít nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením ZTP nebo ZTP/P. Dále se dle tohoto zákona musí osoba opakovaně v kalendářním měsíci za úhradu dopravovat nebo být dopravována a nesmí jí být poskytovány pobytové sociální služby.

Pokud jedinec potřebuje z důvodu zdravotního postižení speciální pomůcku, může v určitých případech stanovených zákonem č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, v platném znění, využít **příspěvek na zvláštní pomůcku**.

1. 2. 2 Průkazy osob se zdravotním postižením

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, v platném znění, specifikuje, kdo má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením. *Nárok má osoba starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které podstatně omezuje její schopnost pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra (§ 34, 2011, odst. 1).* Průkazy rozděluje zákon v § 34 podle stupně a závažnosti postižení na **TP** (průkaz osoby se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra), **ZTP** (průkaz osoby s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace včetně osob s poruchou autistického spektra) a **ZTP/P** (má osoba se zvlášť těžkým funkčním postižením nebo

úplným postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce, včetně osob s poruchou autistického spektra).

1. 2. 3 Sociální služby

Sociálních služeb, které poskytují péči přímo osobám po poškození mozku, je v České republice minimum (Čížková et al., 2011). Proto, jak autorka (2011) dále uvádí, tito jedinci často využívají služeb, které poskytují podporu všeobecně osobám se zdravotním postižením.

Sociální služby mají formu **pobytovou, ambulantní a terénní**, přičemž terénní forma služby se osvědčila jako účinný nástroj proti sociálnímu vyloučení jedinců a rodin z různých sociálních interakcí (Nedělníková (ed.), 2008). Osoby po získaném poškození mozku mohou využít dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, **služeb sociálního poradenství** (různé specializované a odborné poradny pro konkrétní cílovou skupinu) **služeb sociální péče** (pomáhají zajistit psychickou a fyzickou soběstačnost jedince a jeho zapojení do běžného života společnosti) a **služeb sociální prevence** (pomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob ze společnosti, překonat nepříznivé sociální situace a chránit společnost před nežádoucími společenskými jevy).

Díky velkému rozsahu možných následků existuje poměrně dost sociálních služeb, které může jedinec se získaným poškozením mozku využít – vždy záleží na konkrétním případě, věku, potřebě pacienta apod. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, v následujícím odstavci popisuje sociální služby, jejichž pomoc mohou tito jedinci využít. Ze služeb sociální péče jde o osobní asistenci, pečovatelskou službu, tísňovou péči, průvodcovské a předčitatelské služby, podporu samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněná bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Ze služeb sociální prevence mohou osoby po získaném poškození mozku využít sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny a sociální rehabilitaci.

V současné době je však ve všech regionech České republiky, kromě Prahy, dostupnost zdravotních a sociálních služeb, vzhledem k specifickým potřebám pacientů po poškození mozku, nedostatečná (Kollárová (ed.), 2014). Čížková et al. (2011) popisuje v následujícím odstavci plánování vzniku komunitních center. Tato centra by

byla v působnosti krajů a hrála by důležitou roli v poskytování komunitních služeb a péče. Jejich rolí by bylo koordinovat a zprostředkovávat služby v dané komunitě (kraji). Autorka (2011) také navrhuje vznik **mobilitních komunitních týmů** (tzv. **outreach teamů**) pro osoby po poškození mozku, jejichž úkolem by byla spolupráce jednak s komunitními centry, ale také s denními rehabilitačními stacionáři. Cílem těchto týmů, které by se skládaly z 1 psychologa, 2 ergoterapeutů, 2 sociálních pracovníků, by byla přímá podpora uživatelů a zprostředkování nejvhodnějších návazných terénních či ambulantních služeb. Další služby, které by měly v komunitách fungovat, jsou služby na podporu sociálního fungování, služby pro podporu v oblasti bydlení a služby pro podporu práce a zaměstnání.

Jedinci po získaném poškození mozku mohou také využít péče jiných služeb, které neřadíme do služeb sociálních. Jde například o zdravotnické služby, kam patří různá rehabilitační zařízení a ústavy, neurologicko-rehabilitační stacionáře či centra a různá sdružení osob potýkajících se se stejným problémem (Powell, 2010).

1.3 Koordinovaná rehabilitace

Rehabilitace je pojem, který vychází z latinského slova „habilis“, což znamená schopný či způsobilý, předpona „re“ pak nese význam opakování, znovunavrácení (Pfeiffer a Švestková, 2014). Pojem rehabilitace byl zaveden v 19. století a pro nedostatek legislativního vymezení, především u nás v České republice, byl a často stále je chápán a zaměňován s léčebnými postupy a fyzikální terapií, které cíleně vedou ke stavu funkční schopnosti (Jankovský et al., 2005; Neubauerová et al., 2012). Ve většině případů však platí, jak ukazuje výzkum Janečkové ed. (2009), že poranění mozku nezanechává pouze izolované deficity, jako například tělesné znevýhodnění, ale jde o komplexní postižení. Mezi nejčastější důsledky poranění mozku, se kterými se sami respondenti ztotožňují, patří poruchy kognitivních a exekutivních funkcí, tedy poruchy paměti, pozornosti, plánování, rozhodování; poruchy fyzických a smyslových funkcí, tzn. tělesné postižení, ochrnutí, ztráty a poruchy citlivosti, hmatu, čichu, zraku, sluchu, poruchy rovnováhy, snadná unavitelnost; poruchy řeči nebo schopnosti komunikovat; změny chování a emočního prožívání (Janečková (ed.), 2009). Tito respondenti také uvedli, že se jim po poškození mozku změnila celá jejich osobnost, dochází k obratu v jejich

životních oblastech jako je práce, mezilidské vztahy, rodina, často také dochází k diskriminaci, která znesnadňuje hladkou rehabilitaci. Je tedy zřejmé, že následky poškození mozku mohou vyvolat mnoho problémů v různých oblastech života a je potřeba je koordinovaně řešit. Současné pojetí rehabilitace nemá znamenat pouze určitou zdravotnickou aktivitu, ale jde o interdisciplinární obor, který kromě zdravotnické péče zahrnuje také péči sociálně-právní, pedagogicko-psychologickou, a pracovní (Jankovský, 2006).

1. 3. 1 Historické souvislosti koordinované rehabilitace

V průběhu druhé světové války se mnoho mladých mužů ocitlo v situaci, kdy potřebovali řešit své životní problémy a osudy, proto se pojem rehabilitace poměrně rychle rozšířil a velká pozornost byla věnována **Světové zdravotnické organizaci** (World Health Organisation, dále jen WHO) (Pfeiffer a Švestková, 2014). Definice rehabilitace se v průběhu let měnila. WHO stanovila první definici rehabilitace v roce 1969: *Rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik a znovu výcvik jednotlivce (jedince) k nejvyšší možné funkční schopnosti* (Jankovský, 2006, s. 21). Později, roku 1981 tuto definici ještě rozšířila: *Rehabilitace obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, který způsobuje disabilita a následné limity aktivity a usiluje o společenské začlenění postiženého* (Jankovský, 2014, s. 54). Z této definice je patrné, že název rehabilitace by měl být brán jako ucelený systém, který zahrnuje více oblastí než pouze zdravotní péči (Votava a kol., 2005).

V roce 1980 přijala WHO dokument International Classification of Impairment, Disability and Handicap neboli Mezinárodní klasifikaci poruch, disabilit a handicapů (Pfeiffer, Švestková, 2008). Tento dokument vymezuje základní pojmy: **impairment** – porucha, poškození, ztráta (porucha na úrovni orgánu či tělního systému), **disability** – omezení, neschopnost, chybění (funkční změna na úrovni celého jedince, která ho omezuje v činnosti) a **handicap** – postižení (projekce poruchy a disability do společenské roviny) (Lippertová-Grünerová, 2005; Neubauerová et al., 2012). Postupně však dochází dle Pfeiffera a kol. (2014) ke kritice pojmu „handicap“ a „disability“, jelikož by handicapovaná osoba s disabilitou neměla být chápána jako diagnóza, kterou stanoví lékař, ale jako situace člověka, jehož zdravotní nebo psychický stav je zaměněn

a on je v „disabilní“ situaci. Hlavní problém, který se tedy musí řešit, je sociální/společenský (Jankovský, 2014).

Proto v roce 2001 přijímá Valné shromáždění WHO konečnou podobu tohoto dokumentu s názvem International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), v ČR ho známe pod názvem **Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví** (dále jen MKF) (Pfeiffer, Švestková, Zeman, 2014). MKF navazuje na Mezinárodní klasifikaci nemocí a byla vytvořena k organizaci a zaznamenávání informací o zdraví a stavech, které se ke zdraví vztahují (Lippertová-Grünerová, 2005). Tento dokument zavádí nové komponenty:

- **tělesné funkce (b)** – funkce tělesných systémů včetně psychických funkcí,
- **tělesné struktury (s)** – anatomické části těla,
- **aktivity a participace (d)** – aktivita je provedení úkonu a participace je zapojení do života společnosti,
- **faktory prostředí (e)** – sociální a fyzické faktory jedince, vnější vlivy prostředí,
- **osobní faktory** – vlastnosti a osobní kvality jedince (Jankovský et al., 2005; Lippertová-Grünerová, 2005, Trojan et al., 2005).

Díky této klasifikaci se rehabilitace nesnaží zjistit, co jedinec ze zdravotních důvodů dělat nemůže, ale co naopak dělat může, zabývá se tzv. funkčním zdravím (Pfeiffer a Švestková, 2014). Vznikají 3 nové pojmy: **porucha**, která nastává, je-li poškozena funkce nebo struktura, **aktivita**, která nahrazuje pojem disability a **participace** (Trojan et al., 2005; Vaňásková, 2004). Jankovský et al. (2005) zdůrazňuje, že se opouští od pojmu handicap, který je brán jako nevhodný, náhradou má být právě **restringovaná participace** neboli omezená účast ve vztahu k faktoru prostředí (např. zaměstnání). Ke změnám dochází také v oslovování osob s určitým znevýhodněním, často se používá rehabilitant, hovoří se o jedinci se sníženou zdravotní kondicí nebo o osobě se zdravotním postižením, vždy by mělo být zdůrazněno, že jde o lidskou bytost a až pak by mělo následovat postižení či znevýhodnění (Pfeiffer a Švestková, 2014).

Rehabilitace je mezinárodní pojem, který je koordinován řadou dalších dohod. Důležitým celosvětovým dokumentem je Úmluva Valného shromáždění OSN z roku 2006, která popisuje **Standardní pravidla vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením**. Rehabilitace je definována v článku 26 – Habilitace a rehabilitace, kde se smluvní státy zavazují přijímat účinná a vhodná opatření,

aby umožnily osobám se zdravotním postižením dosáhnout co nejvyšší možné míry samostatnosti a sociálního začlenění (Pfeiffer, Švestková, 2008). Smluvní státy také organizují, posilují a rozšiřují koordinovanou habilitaci a rehabilitaci a programy především v oblasti zdravotní péče, zaměstnanosti, vzdělávání a sociálních služeb takovým způsobem, aby tyto služby a programy začínaly co nejdříve a byly založeny na multidisciplinárním posouzení individuálních potřeb (Peiffer a Švestková, 2014). Javorská in Neubauerová et al. (2014) vyzdvihuje dokument WHO pro Evropu 21. století – **Zdraví 21**, který má za cíl zlepšit zdraví v celé společnosti nebo **Evropskou sociální chartu** Rady Evropy, která se od ostatních dokumentů odlišuje tím, že vedle práva na sociální zabezpečení zahrnuje také právo na sociální pomoc a využití služeb sociální péče.

1. 3. 2 Cíle koordinované rehabilitace

Pojem koordinovaná rehabilitace se postupně vyvíjel. Dříve se o ní mluvilo jako o ucelené rehabilitaci, která je charakteristická především včasností, všestranností a provázaností jednotlivých složek rehabilitace (Neubauerová, 2012). Postupně se však od pojmu ucelená rehabilitace opouští a hovoří se spíše o komprehenzivní neboli koordinované rehabilitaci (Votava a kol., 2005). Koordinované provádění rehabilitace efektivně propojuje prostředky léčebné, sociální, pedagogické a pracovní (Jankovský, 2014). Koordinovanost a provázanost je důležitá jednak pro osobu se zdravotním postižením, stejně tak ve svém důsledku i pro stát a celou společnost (Jankovský et al., 2005).

Cílem rehabilitace je znovunavrácení zdraví, nejde však pouze o nepřítomnost nemoci, ale o celkovou tělesnou, duševní a sociální pohodu (Votava a kol., 2005). Cílem osob po poškození mozku je dosažení maximálního stupně fyzické a psychické soběstačnosti (Trojan et al., 2005). Zpočátku je středem zájmu fyzioterapeut, který pacientovi pomůže zlepšit pohyblivost a mobilizaci, následně také ergoterapeut, který pomocí tréninku každodenních činností pomůže danému jedinci zlepšit samostatnost v obstarávání každodenních potřeb (Lippertová-Grünerová, 2005). Votava a kol. (2005) a Neubauerová et al. (2012) upozorňují, že pokud odstranění nemoci či postižení není možné, je třeba stanovit další cíle rehabilitace, jako je začlenění jedince do společnosti, dosažení optimální kvality života a vyrovnání příležitostí jedince s postižením s osobami bez postižení.

Při dosahování cílů rehabilitace je potřeba zohlednit individualitu a jedinečnost každé lidské bytosti (Trojan et al., 2005). Toho můžeme docílit, budeme-li s klienty pracovat v rámci **holistického přístupu**. Ten zdůrazňuje osobnost jakožto bio-psycho-socio-spirituální bytost, tedy její *tělesně-duševně-duchovní totalitu* (Jankovský, 2014, s. 51). V moderní psychologii se o těchto dimenzích hovoří jako o *pudu, prožívání a reflexi* (Jankovský, 2006, s. 17). Autor (2006) dále uvádí, že díky holistickému přístupu můžeme vnímat koordinovanou rehabilitaci opravdu uceleně, ve všech dimenzích lidské jedinečnosti, která se stává předpokladem pro efektivní koordinovanou a multidisciplinární spolupráci.

1. 3. 3 Prostředky koordinované rehabilitace

Koordinovanost v rehabilitaci znamená propojení **léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků** (Pfeiffer a Švestková, 2014). Abychom mohli mluvit o uceleném systému rehabilitace, musí jít o zastoupení minimálně dvou složek, které jsou navzájem propojené a koordinované (Neubauerová, 2012). Jankovský (2006) a Emmerová (2012) hovoří také o **volnočasové a psychosociální rehabilitaci**, které jsou doplňkem všech ostatních prostředků rehabilitace. Volnočasová rehabilitace přináší pacientovi dle autorky (2012) další pocity seberealizace, psychosociální rehabilitace by pak měla být uplatňována ve všech ostatních složkách rehabilitace a opírá se především o komunikaci, povzbuzování a pochvalu ve vztahu k pacientovi, ale i celé jeho pečující rodině.

Zajímavé jsou výsledky výzkumu Janečkové ed. (2009), jejíž studie zkoumala dostupnost podpory a rehabilitace poskytované osobám po poranění mozku. Z výsledků výzkumu vyplývá, že ačkoli více než 70 % dotazovaných uvádí některé kognitivní změny (zejména poruchy paměti, pozornosti, porozumění informacím) a psychické problémy (náladovost, smutek), systematickou pomoc psychologa obdrželo pouze malé procento z nich. Přitom právě psychické problémy jsou podle respondentů největší překážkou v pracovním a společenském uplatnění. Dalším alarmujícím výsledkem je, že ačkoli 50 % respondentů má po poranění mozku problémy se čtením, psaním a počítáním, pouze 2 % z nich obdržela rehabilitaci těchto funkcí se speciálním pedagogem. Podobné výsledky vyšly také ve výzkumu Neubauerové et al. (2012), kde si pacienti stěžují, že pedagogická rehabilitace byla v rehabilitačních ústavech zcela zanedbána, a to z důvodu chybějícího speciálního pedagoga v týmu. Výsledky obou

výzkumů také ukazují, že návaznosti sociálních služeb nevyužil téměř žádný z respondentů, důvodem je především jejich neinformovanost. Chybí zde návaznost od lékařů, kteří nedají pacientům dostatečné informace o sociálních službách, na které by se mohli obrátit. Respondenti často popisovali, že se k těmto informacím dostali pouhou náhodou a s odstupem několika let po zranění.

LÉČEBNÉ PROSTŘEDKY REHABILITACE

Léčebné prostředky jsou významnou složkou rehabilitačního procesu, jejichž cílem je odstranit funkční poruchy a eliminovat následky zdravotního postižení pomocí diagnostických a terapeutických opatření (Neubauerová et al., 2012). Tyto prostředky se uplatňují v nemocniční lůžkové péči, ambulantní péči a v péči odborných léčebných ústavů (Kolář, 2009; Bruthansová, Jeřábková, 2012). Z výzkumného šetření Neubauerové et al. (2012) zjišťujeme, že léčebná rehabilitace je jednou z mála složek, která je v rehabilitačním zařízení realizována na velmi dobré úrovni. Ostatní složky stojí podle autorky (2012) doposud v pozadí.

Součástí léčebné rehabilitace je **fyzikální terapie** (masáže, elektroléčba, léčba teplem a světlem, lázeňská léčba, vodoléčba), **léčebná tělesná výchova** (tělesné cvičení, reflexní motorika,), **ergoterapie** (léčba smysluplnou činností, nácvik soběstačnosti), **animoterapie** (léčba za pomoci zvířat, např. hipoterapie – k léčebným účelům využívá koně, canisterapie – k léčebným účelům využívá psy) a další specifické terapie jako je např. **arteterapie** (terapie pomocí výtvarných činností), **muzikoterapie** (léčba za pomoci hudby a zvuků) a **psychoterapie** (léčba, která užívá různých psychologických postupů) (Jankovský, 2014). Autor (2014) uvádí, že do léčebné rehabilitace dále řadíme také různé **chirurgické zákroky**, **farmakoterapii** a nabídku různých **kompensačních pomůcek**, které mohou jedinci po poškození mozku zlepšit kvalitu života.

Cíle léčebné rehabilitace dělíme na vertikální a horizontální (Jankovský, 2006). Vertikální rehabilitací se zlepší funkční poruchy jedince do takové míry, než se opět navrátí původní zdraví (Votava a kol., 2005). Horizontální rehabilitací je pak míněn stav, kdy nelze postižení zcela odstranit, je proto třeba trvalé zhoršení zdravotního stavu kompenzovat nácvikem specifických činností a změnou životních podmínek (Votava a kol., 2005).

Překážku kvalitní a efektivní léčebné rehabilitace vnímají respondenti, kteří se zúčastnili výzkumu Janečkové ed. (2009), v přístupu lékařů, kteří se chovají povýšeně.

Respondenti však spatřují rozdíl mezi lékaři v nemocnici, kde se cítí být pouze „kusem masa“ a zcela odlišným přístupem lékařů a odborníků v rehabilitačních zařízeních, který považují za velmi vstřícný (Janečková (ed.), 2009).

SOCIÁLNÍ PROSTŘEDKY REHABILITACE

Sociální rehabilitace úzce navazuje na léčebnou rehabilitaci, jelikož velká většina lidí má sociální vazby, které si po dobu pobytu v nemocnici udržují a pokud jim vytvoříme správné podmínky a předpoklady, opět se do společnosti po propuštění z nemocnice vrací (Votava a kol., 2005). Sociální prostředky rehabilitace hodnotí aktuální sociální situaci jedince, zabývají se také jeho rodinou a prostředím, ve kterém žije a zajišťují jeho sociální potřeby během rehabilitačního procesu, ale také po jeho ukončení (Švestková, 2009). Jde o souhrn specifických činností, které vedou ke snižování míry závislosti, jež je způsobená sníženou zdravotní kondicí jedince a vede k jeho následnému sociálnímu znevýhodnění (Lippertová-Grünerová, 2005). Je zde uplatňována metoda **redukace** (rozvoj zbytkových schopností jedince), **kompence** (náhrada postižené funkce jinou nepoškozenou funkcí) a **akceptace** (přijetí života s postižením) (Jankovský, 2005; Bruthansová, Jeřábková, 2012).

V České republice je od 1. 1. 2007 účinný zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, který v § 70 definuje sociální rehabilitaci jako *soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí*. V zákoně o sociálních službách je sociální rehabilitace jednou složkou sociálních služeb, v rámci koordinované rehabilitace je však vnímána v širším slova smyslu a využívá k dosažení svých cílů i nástroje jiných sociálních služeb (Pokorná, 2013).

Hlavním cílem sociálních prostředků rehabilitace tedy je, aby osoby po získaném poškození mozku dosáhly co nejvyšší možné míry soběstačnosti a zapojily se do běžného života společnosti (Neubauerová et al., 2012). V neposlední řadě, jak autorka (2012) zmiňuje, jde o ekonomické zajištění jistot těmto osobám.

Výše zmíněný zákon o sociálních službách upravuje podmínky poskytování pomoci osobám v nepříznivé sociální situaci pomocí **sociálních služeb a příspěvku na péči**. Dále také mohou osoby se zdravotním znevýhodněním čerpat z **dávek sociálního zabezpečení**, kam patří například invalidní důchod nebo mohou využít

výhody pro osoby se zdravotním postižením, které upravuje zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, v platném znění, kam patří průkazy TP, ZTP, ZTP/P, příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku (Jankovský, 2014).

PEDAGOGICKÉ PROSTŘEDKY REHABILITACE

Pedagogické prostředky rehabilitace jsou úzce provázány s rehabilitací léčebnou, sociální i pracovní (Jankovský, 2014). Využívá se zde pedagogická diagnostika, edukace, reedukace a kompenzace (Švestková, 2009). Pedagogická rehabilitace je nejvýznamnější především v procesu vzdělávání a výchovy u dětí a mládeže se zdravotním postižením (Votava a kol., 2005). V rozporu s tímto tvrzením je Bruthansová s Jeřábkovou (2012) a Jankovský (2014), kteří tvrdí, že výchova (edukace) hraje důležitou roli při socializaci člověka, proto bychom ji neměli vnímat pouze jako aktivitu, která se váže k dětství. Autor (2014) ji vnímá jako permanentní celoživotní proces.

Základním cílem pedagogické rehabilitace je dosažení nejvyššího stupně vzdělání a samostatnosti u jedinců se zdravotním postižením (Neubauerová et al., 2012). U osob, které trpí získaným postižením mozku, je snaha o navrácení do původní linie rozvoje osobnosti, jde o tzv. reedukaci – obnovení normálního stavu (Jankovský, 2014). U těchto jedinců je pedagogická rehabilitace úzce spojena s rehabilitací pracovní, kde je cílem získání vyššího stupně vzdělání nebo různých rekvalifikací a kvalifikací (Pokorná, 2013).

V rámci pedagogické rehabilitace působí celá řada odborníků v rámci svých odborných pedii. Jde o **somatopedii** (výchova a vzdělání osob s tělesným postižením), **psychopedii** (zaměřena na osoby s mentálním postižením), **etopedii** (využívána u jedinců s poruchami chování), **tyflopeditii** (pro osoby se zrakovým postižením), **surdopedii** (uplatňována u osob se sluchovým postižením) a **logopedii** (u jedinců s řečovými vadami) (Votava a kol., 2005).

PRACOVNÍ PROSTŘEDKY REHABILITACE

V České republice neexistuje evidence nezaměstnanosti osob po získaném poškození mozku, ovšem Janečková, Žilová a Radochová (eds.) (2011) ze zahraničních výzkumů zjišťují, že nezaměstnanost u osob po těžkém poškození mozku se pohybuje v rozmezí 60 až 90 %.

Pracovní prostředky rehabilitace se snaží jedincům navracet jejich schopnosti k pracovnímu uplatnění (Švestková, 2009). Vzhledem k možným trvalým následkům získaným po poškození mozku se snaží o vyhledání a volbu vhodného zaměstnání pro dané jedince (Švestková, 2009). Kollárová ed. (2014) hovoří o úřadech práce, službách pracovní rehabilitace, organizacích pro osoby se zdravotním postižením a neziskových organizacích, na které se mohou osoby po získaném poškození mozku obrátit. Ty se dle Šestáka (2014) zabývají především poradenskou činností zaměřenou na volbu povolání, teoretickou a praktickou přípravou pro zaměstnání (kvalifikace a rekvalifikace), získáním, upevňováním a rozvíjením odborných vědomostí a pracovních dovedností a návyků, vytvářením vhodných podmínek pro výkon zaměstnání a pracovním začleněním jedinců se zdravotním postižením (za pomoci pracovní asistence, využití kompenzačních pomůcek nebo postupů pro pracovní úkony, odstranění bariér, zkrácení pracovní doby apod.). Hlavním cílem pracovní rehabilitace je zjistit rozsah schopností a znalostí po postižení, zajistit možnou rekvalifikaci přizpůsobenou možnostem daného jedince a vyhledat pro něj vhodné pracovní uplatnění (Jankovský, 2006; Kollárová (ed.), 2014).

Vyspělé státy se snaží podílet na zaměstnávání osob se zdravotním postižením dvěma způsoby. První způsob je **zvýhodnění zaměstnavatelů**, které pro osoby se zdravotním znevýhodněním vytvoří pracovní pozice, a to nejčastěji prostřednictvím slev na dani, příspěvků od státu, příspěvku při zřízení společensky účelného místa, úhrad mzdových nákladů postiženého zaměstnance, příspěvku při přípravě osob se zdravotním postižením k práci a příspěvku na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením (Jankovský, 2014). Druhý způsob podpory zaměstnávání osob se zdravotním postižením je prostřednictvím **stanovených kvót**, kdy jsou zaměstnavatelé povinni určitý počet míst pro osoby se zdravotním postižením vytvořit (Kollárová (ed.), 2014).

Konkrétní nástroje a prostředky pracovní rehabilitace popisuje Šesták (2014). Dle autora (2014) jimi jsou: **sociální služby** (především sociálně terapeutické dílny upravené v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb.), **nástroje na pomezí** (tranzitní program; podporované zaměstnávání), **nástroje politiky zaměstnanosti** (pracovní rehabilitace, chráněné pracovní místo, zaměstnavatel zaměstnávající více než 50% osob se zdravotním postižením), **další formy „chráněného“ zaměstnávání** osob se zdravotním postižením (sociální ekonomika, sociální podnikání, sociální firma) a **otevřený trh práce**.

Tranzitní program

Tranzitní program usnadňuje žákům ze speciálních škol přechod ze školy do zaměstnání (Holá, 2010). Hlavní cíle, kterých chtějí dospívající studenti se zdravotním postižením dosáhnout, jsou získání zaměstnání, bydlení, zapojení se do společnosti, nezávislý pohyb ve společnosti, finanční nezávislost, získávání přátel, sebeúcta, partnerský vztah, zábava a volnočasové aktivity (Wehman, 2006). Holá (2010) uvádí, že tyto služby poskytují podporu jednak osobám s postižením, ale také zaměstnavatelům, kteří chtějí tyto lidi zaměstnat.

Podporované zaměstnávání

Jde o časově omezenou službu, která pomáhá lidem s určitým zdravotním znevýhodněním najít a udržet si placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí (Kollárová, 2014). Od jiných služeb podpory zaměstnávání osob se zdravotním postižením se liší především v pořadí poskytované podpory. Tradiční služby se nejdříve zabývají tréninkem činností a až následně uplatněním na trhu práce, u podporovaného zaměstnávání naopak nejprve dochází k přijetí jedince na pracovní pozici a až poté dochází k tréninku specifických činností přímo na pracovišti (Benešová Trčková, © 2012).

Chráněné pracovní místo

Chráněné pracovní místo je podle § 75 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění, pracovní místo, které je *vymezené nebo zřízené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce na dobu 3 let*. Úřad práce poskytuje podporu na zřízení chráněného pracovního místa nebo na částečnou úhradu jeho provozních nákladů (Kollárová, 2014).

1. 3. 4 Realizace koordinované rehabilitace v České republice

V následujícím odstavci popisuje Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále MPSV) v zastoupení Čevely a Čeledové (2011) osud koordinované rehabilitace v České republice. V roce 1951 přejmenovalo Ministerstvo zdravotnictví všechna fyziatrická oddělení na rehabilitační. O 40 let později byla založena pracovní skupina „Rehabilitace“ a byly vydané různé příručky, teze a postupy pro provádění koordinované péče s vidinou vytvoření moderní rehabilitace. Tohoto cíle stále nebylo

dosaženo, důvodem je především nedostatečné legislativní zakotvení v právním řádu České republiky.

V roce 1999 se hlavním řešitelem koordinované rehabilitace stává MPSV, které také zakládá pracovní skupinu, jejímž úkolem je navrhnout koncepci rehabilitace pro osoby se zdravotním postižením (Merhautová, 2015). Pro zdůraznění odlišnosti se jí začalo, jak autorka (2015) dále uvádí, říkat „ucelená rehabilitace“. Vládě byly předány různé návrhy zákona o rehabilitaci, nikdy však nedošlo k jejich schválení (Čevela, Čeledová, 2011). Nyní probíhá spolupráce mezi MPSV, MŠMT a MZ, jejichž cílem je prosadit zákon o koordinaci osob se zdravotním postižením, který bude podporovat provázanost a spolupráci jednotlivých složek rehabilitace a zaměří se na jejich legislativní i věcné podmínky (Merhautová, 2015).

MPSV spatřuje neefektivnost prosazování zákona o koordinované rehabilitaci jako důsledek dvou překážek (Čevela a Čeledová, 2011):

- První překážkou je nastavení začátku rehabilitačního procesu do sociální oblasti pod MPSV. V prvopočátcích rehabilitace je stěžejní léčebná složka, tudíž by hlavním gestorem vzniku systému koordinované rehabilitace v ČR, rehabilitačních center a legislativního uzákonění rehabilitace mělo být Ministerstvo zdravotnictví.
- Druhou překážkou je zavedení uceleného systému rehabilitace pouze pro jednu a konkrétní skupinu příjemců rehabilitačních služeb. Každá osoba, ať je po úrazu, potýká se s určitou nemocí nebo je ve starším věku, potřebuje komplexní rehabilitační podporu. Rehabilitace pro osoby se zdravotním postižením tedy musí být součástí uceleného rehabilitačního systému, nikoli základním kamenem pro koordinovanou rehabilitaci.

Následující odstavec se věnuje výzkumu Janečkové ed. (2009), která popisuje překážky rehabilitace, jež shledávají sami osoby po poranění mozku. Největší negativum shledávají v nedostatečné informovanosti ihned v nemocnicích, kdy jim není přesně vysvětleno, co se jim stalo, jaká rizika a následky zranění přináší, kam a na koho se mohou v rámci následné rehabilitace obrátit. Tyto informace se respondenti často dozvídají až od neziskových organizací nebo čirou náhodou od jiných odborníků (např. od logopeda), které si sami zajistili. Je potřeba zdůraznit, že lidé po poranění mozku bývají často dezorientovaní, komunikace může být problémová, proto je důležité se zaměřit především na rodinu pacienta, která se stává základní složkou koordinované rehabilitace.

Právě rodiny, které pečují o své nemocné blízké, se ocitají v náročné a problémové situaci: poskytují „servis 24 hodin/denně“, potýkají se s neustálým „bojem“ s úřady a pojišťovnami, řeší kvůli náročnosti léčby finanční problémy nebo jsou, vzhledem k nedostatečné dostupnosti podpůrných služeb ve většině regionů, psychicky vyčerpáni (Janečková (ed.), 2009).

1. 3. 5 Nový model rehabilitace

Rehabilitace v České republice není zcela ideální, často chybí návaznost a propojenost mezi jednotlivými složkami rehabilitace. Sdružení CEREBRUM ve spolupráci se skupinou odborníků vypracovali návrh na změnu organizace rehabilitace. Tento nový model rehabilitace se dělí do čtyř fází, které v následujících bodech popisují Janečková, Žilová a Radochová (eds.) (2011, s. 15):

- **fáze rehabilitace akutní** – rehabilitace na příslušných odděleních v nemocnicích,
- **fáze rehabilitace včasné** – rehabilitace v rehabilitačních centrech zřízených při nemocnicích, popřípadě doplněných o specializované léčebné ústavy,
- **fáze rehabilitace regionální** – rehabilitace v rehabilitačních stacionářích a specializované ambulantní rehabilitace v regionech; v této fázi jsou již využívány kromě prostředků léčebné rehabilitace také prostředky sociální, pracovní a pedagogické; jedinec je začleňován zpátky do přirozeného prostředí,
- **fáze rehabilitace komunitní** – dlouhodobá a udržovací rehabilitace v komunitě; zdravotní rehabilitace ustupuje do pozadí a do centra se dostávají přetrvávající problémy rehabilitanta; pracovní, pedagogická a sociální rehabilitace pokračuje dále s cílem plně začlenit jedince do společnosti.

Aby byla rehabilitace efektivní, je potřeba reagovat na faktické potřeby daných pacientů (Janečková (ed.), 2009). Autorka (2009) se zabývá jednak potřebou kvality poskytované zdravotně-sociální péče, ale také nezbytnou návazností, kontinuitou a regionální dostupností daných služeb, které jsou hlavním předpokladem pro znovuzačlenění daného jedince do pracovního a společenského života.

1. 4 Multidisciplinární tým

Řešení obtíží spojených s postižením jedince vyžaduje spolupráci několika odborníků (Škoda, 2007), kteří v rámci týmu zaujímají svá specifická místa a disponují odlišnými rolemi (Jankovský, 2014). Členové týmu mezi sebou sdílí informace o klientech (Strossová, Kurtinová, 2016) a vzájemně spolupracují na plnění společných rehabilitačních cílů (Votava a kol., 2005). Nejen, že je potřeba, aby měl tým společné cíle a hodnoty, ale také, aby jednotliví odborníci respektovali kompetence ostatních členů týmu, učili se od sebe navzájem a respektovali možné odlišné názory a perspektivy (Mental Health Commission, 2006).

Lidé s poškozením mozku by měli mít přístup k ambulancím specialistů, např. k neurologům, fyzioterapeutům, psychologům, psychiatrům, ergoterapeutům, speciálním pedagogům a sociálním pracovníkům (Janečková (ed.), 2009). Lippertová-Grünerová (2005) vyzdvihuje činnost logopedů, jejichž péči často pacienti po získaném poškození mozku vyhledávají. Zapomenout bychom neměli dle Janečkové ed. (2009) na významnou roli praktických lékařů, u kterých by se měla zlepšit informovanost o zdravotním stavu pacienta. V neposlední řadě by se měla zvýšit také znalost o návazné péči v rámci zdravotně-sociálních služeb v komunitě, které může praktický lékař pacientovi doporučit (Janečková (ed.), 2009). Podle stupně poškození a typu zařízení mohou být do multidisciplinárního týmu zahrnuti také zdravotní sestry a ortopedicko-protetický lékař (Votava a kol., 2005).

Multidisciplinární tým je založen na vzájemné koordinované spolupráci, nestačí tedy, aby odborníci pracovali nezávisle na sobě nebo „vedle sebe“ (Hanušová, Hellebrandová, 2006). Podmínkou multidisciplinárního fungování a kvalitní efektivní spolupráce je mít stanovené určité principy a ideová východiska, ke kterým bude každý člen týmu směřovat (Jankovský, 2015). Spolupráce by měla být založena na těchto principech (Zahrádková, 2005):

- rovnoprávné postavení členů týmu,
- vymezení rolí a odpovědnosti členů,
- všemi respektovaná vlastní pravidla,
- úsilí o dosažení společného cíle,
- efektivní komunikace a účelné řešení konfliktů,
- důvěra a otevřenost.

Základní hodnotou multidisciplinárního fungování je dle Janečkové, Žilové a Radochové (eds.) (2011) fakt, že tým nespolupracuje pouze s klientem se zdravotním postižením, ale také s celou jeho rodinou. Klíčovým aspektem efektivní spolupráce je **komunikace** (Zahrádková, 2005).

Pokud pracuje na jednom případě více lidí z různých odvětví, lze očekávat, že se objeví různé překážky (Tokovská, Odlerová, 2012). Hanušová a Hellebrandová (2006) popisují rizika, která mohou při multidisciplinární spolupráci nastat. Může jít o rozdílný status profesí, kulturu organizace, důvěru klienta v organizaci, konkurenci mezi organizacemi, stereotypy, nedostatečnou důvěru v kompetentnosti ostatních odborníků v týmu, nevyjasnění rolí, nedostatečnou kooperaci a mocenské zájmy organizace (Hanušová, Hellebrandová, 2006).

Role odborníků v multidisciplinárním týmu

Hlavním koordinátorem týmu v rámci včasné a regionální rehabilitace je dle Janečkové, Žilové a Radochové (eds.) (2011) **rehabilitační lékař**. Tento lékař provádí léčebnou rehabilitaci a je často vzdělán také v neurologii, revmatologii, ortopedii, chirurgii a v interně (Neubauerová et al., 2012). Jeho posláním je, jak autorka (2012) uvádí, vést rehabilitační tým a rozdávat úkoly jeho jednotlivým členům. Kromě úkolů spojených s vedením týmu zajišťuje také veškerou diagnostickou a terapeutickou péči o pacienta (Lippertová-Grünerová, 2005). Později, v komunitní fázi rehabilitace, se této pozice ujímá **praktický lékař** a pro ostatní služby se volí klíčový pracovník, tzv. **case manager** (Janečková, Žilová, Radochová (eds.), 2011). Case manager je klíčovou osobou pro klienta, ale také pro celý multidisciplinární tým, kde koordinuje celý systém poskytované péče, zodpovídá za vytvoření individuálních plánů, které průběžně monitoruje a ve spolupráci s klientem aktualizuje, někdy také rozhoduje o rozdělení finančních prostředků mezi odborníky (Stuchlík, 2001).

Důležitou součástí rehabilitačního týmu je **fyzioterapeut**, který se zaměřuje na prevenci, diagnostiku a terapii poruch funkcí pohybového systému (Votava a kol., 2009). V akutní fázi se zabývá správným polohováním, které je prevencí proti proleženinám (Kolář et al., 2009). Později pomáhá pacientovi obnovit celkovou mobilitu a koordinaci pohybů tak, aby mohl chodit, sedět, stát a používat jemnou motoriku alespoň takovým způsobem, jako tomu bylo před poškozením mozku (Powell, 2010).

Nepostradatelným členem se stává také **ergoterapeut**, jehož role je v rehabilitaci u pacientů po získaném poškození mozku velice významná, u nás však ne plně doceněná (Votava, 2011). Ergoterapeut se snaží pomocí specifických reedukačních metod dosáhnout maximální soběstačnosti a nezávislosti klienta v jeho přirozeném prostředí (Křivošíková, 2011). Přirozeným prostředím klienta není myšlena pouze jeho domácnost, ale také prostředí pracovní a sociální, ve kterém se klient nachází (Lippertová-Grünerová, 2005). Ergoterapeut vede klienta k jeho soběstačnosti ve zvládání každodenních činností, trénuje s ním jemnou i hrubou motoriku, senzomotorické a kognitivní funkce (Kolář et al., 2009). Tato terapie nabízí klientovi vhodné pomůcky, popř. návrhy na úpravu bytu, které vedou, z důvodu postižení klienta, ke zlepšení jeho kvality života (Lippertová-Grünerová, 2005).

Sociální pracovník je podle Powella (2010) rádcem, se kterým může klient mluvit o svých problémech. V jeho kompetencích je sociální šetření, sociálně právní poradenství, zajištění sociální agendy v zařízeních sociální péče, sociální depistáže, preventivní programy a provádění sociální rehabilitace (Tajanovská, 2015). Snaží se klientovi zprostředkovávat potřebné informace ohledně jeho nároku na peněžité dávky, důchody, dále může poskytovat informace o podmínkách bydlení a možném pracovním uplatnění (Votava a kol., 2005). Součástí sociální práce je také zprostředkování služeb a kontaktů na odborníky a specialisty, kteří mohou klientovi pomoc překonat překážky sociálního fungování (Musil, Nečasová, 2008). Sociální pracovník často koordinuje poskytování péče a bývá proto určen právě klíčovým pracovníkem neboli case managerem týmu (Strossová, Kurtinová, 2016).

Pacienti po získaném poškození mozku často vyzdvihují potřebu **logopeda** (Votava, 2001). Hlavními oblastmi, kterými se logoped u těchto jedinců zabývá, jsou facioorální terapie (mobilizace krční páteře, aktivace mimických svalů, terapie ústní dutiny, redukce patologických reflexů), terapie poruch komunikace a terapie poruch polykání (Lippertová-Grünerová, 2005).

Podle potřeb klientů a zaměření dané organizace, může multidisciplinární tým obsahovat řadu dalších odborníků, jako je například **protetický technik**, **psycholog** aj. Psycholog pracující s osobami po poškození mozku musí být seznámen s neuropsychologickými přístupy, jež jsou zaměřeny na diagnózu a terapii poškozeného mozku (Votava, 2001). Role psychologa pak spočívá především v zajištění a nápravě psychického stavu daného jedince a jeho rodiny (Foitová a kol., 2017).

1. 4. 1 Kruhová podpora

Efektivní koordinovaná podpora v duchu uceleného systému rehabilitace vyžaduje dle Jankovského (2014) kromě spolupráce a vysoké odbornosti profesionálů také **lidský přístup** každého člena týmu. Jak bude poskytována péče efektivní, záleží jednak na kvalitě komunikace mezi jednotlivými odborníky, ale také na kvalitě komunikace s rodinou (Jankovský, 2008). Poškození mozku totiž nepostihuje pouze jednotlivce, ale právě celé jejich rodiny, které se stávají důležitou součástí kruhové podpory (Powell, 2010). Z výzkumu Janečkové ed. (2009) vyplývá, že největší sociální podporu získávají jedinci po poškození mozku právě od rodiny, která jim zajišťuje informace o návazných službách a rehabilitaci a je také jejich největší oporou. Tito rodinní příslušníci ve výzkumu Žilové (2010) uvádí, že poškození mozku příbuzného mělo velký vliv na jejich zdravotní a psychický stav. Rodiny potřebují, aby jim někdo věnoval pozornost, poradil jim, poučil je a dodal jim podporu v tak náročné a stresující situaci (Powell, 2010).

Jankovský (2014) hovoří o tzv. kruhové podpoře, kterou popisuje jako symboliku kruhového stolu, kolem kterého sedí jednak odborníci, kteří se zabývají péčí o nemocného, ale také **rodina**, jejíž role je v koordinované rehabilitaci nezastupitelná a neměla by tedy stát stranou. Všichni tito profesionálové, včetně rodinných příslušníků, mají rovnocennou pozici, na vrcholu pak stojí klient, v našem případě tedy osoba se získaným poškozením mozku, která je hlavním zájmem všech členů multidisciplinárního týmu (Jankovský, 2008).

Existuje ještě jiný model podpory, kde si nejsou všichni odborníci zcela rovni, ale v centru dění je sociální pracovník, který se stává již dříve zmíněným klíčovým pracovníkem péče (Wohlgemunth, 2004). Tento pracovník pak stojí na straně klienta a jeho rodiny a prostřednictvím něj se provádí důležitá rozhodnutí a opatření (Wohlgemunth, 2004).

1. 4. 2 Etika a multidisciplinární tým

Pracovníci působící v pomáhajících profesích by měli mít osvojené určité odborné znalosti a dovednosti, které se k jejich zaměstnání vážou (Kopřiva, 2006). Co je ale také velice podstatné, je potřeba, aby tito odborníci disponovali i jinými prvky, jako je například lidský přístup a empatie (Michelová, 2015). Osobnost pracovníka

v pomáhající profesi je tedy hlavním nástrojem směřujícím ke kvalitní spolupráci (Kopřiva, 2006).

Členové multidisciplinárního týmu mohou mít, vzhledem k jejich rozdílnému profesnímu zaměření, různé zásady, kterými se řídí (Sotniaková, 2002). Tyto odlišné etické kodexy jsou však často založeny na stejných hodnotách, jako jsou například lidská práva, spravedlnost, demokracie, rovnost, respektování autonomie klienta, ze kterých následně vychází další dílčí principy jednotlivých profesí (Michelová, 2015). Základní zásady rehabilitace popisuje Lippertová-Grünerová (2009):

- princip včasné rehabilitace,
- princip návaznosti a koordinovanosti,
- princip dostupnosti péče,
- princip individuálního přístupu,
- princip multidisciplinárního posouzení,
- princip akceptování občanů se zdravotním postižením.

Ačkoli by se mohlo zdát, že jsou hodnoty různých profesí multidisciplinárního týmu totožné, setkáváme se s oblastmi, na které nahlíží každý odborník jinak, čímž dochází k etickým neshodám (Michelová, 2015). Tato etická dilemata se vyskytují v oblasti vyjasnění si role profesionála, zda vystupuje jako partner, který přijímá klienta jakožto rovnocennou bytost, kterou podporuje při jeho volbách a rozhodnutích nebo jako expert, kterému nezáleží tolik na názoru jedince a je jakýmsi „opravářem“ na klientův problém (Kopřiva, 2006). Druhé dilema, které pracovníci řeší, je pomoc vs. kontrola (Botek, 2002). Při procesu pomáhání je držitelem problému klient, při kontrole je pak iniciátorem pracovník (Michelová, 2015). Poslední etickou neshodou mezi členy multidisciplinárního týmu, kterou autorka (2015) zmiňuje, je respektování jedinečnosti klienta a následné vytvoření „pomoci na míru“ proti důraznému lpění na aplikaci jasně daných postupů a metod.

Jednotlivé etické kodexy očekávají od příslušných odborníků, že budou volit průběh intervence podle individuálních potřeb klientů (Musil, Nečasová, 2008). Dle autorů (2008) dochází často k rozporu s očekáváním nadřízených, kteří předpokládají, že budou jejich zaměstnanci pracovat zavedeným způsobem, který je v organizaci považován za žádoucí. Je proto potřeba sladit etický kodex multidisciplinárního týmu, který by měl být vytvořen v rámci každé organizace a etický kodex jednotlivých profesí a organizací (Strossová, Kurtinová, 2016).

2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle

Prvním cílem empirické části diplomové práce bylo **zjistit, jak probíhá koordinovaná rehabilitace v sociálních službách pracujících s osobami po získaném poškození mozku.**

Druhým cílem bylo **vytvořit návrh na zefektivnění realizace koordinované rehabilitace v sociálních službách, které pracují s osobami po získaném poškození mozku.**

Tato diplomová práce vznikla jako součást projektu GAJU s názvem "Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)". Projekt vznikl v roce 2016 pod vedením doc. Mgr. et Mgr. Jitky Vackové Ph.D. V projektu jsou stanoveny dva hlavní cíle. Prvním cílem je zjistit kvalitu života pacientů po poškození mozku a druhým cílem je zapojit do řešení zdravotní a sociální situace multidisciplinární tým, který bude komplexně posuzovat situaci pacienta po poškození mozku, navrhnout řešení a realizovat ho ve spolupráci s pacientem a jeho rodinou (popřípadě dalšími institucemi) (Vacková et al., 2017).

V rámci projektu je již zhotovena jedna diplomová práce s názvem: Potřeby pacientů po poškození mozku (autorka Pechoušková Kateřina) a další 3 diplomové práce jsou v současné době zpracovávány: Potřeby rodin pacientů po poškození mozku, Koordinovaná rehabilitace z pohledu pacienta po poškození mozku a členů multidisciplinárního týmu, Pozitiva a negativa sociální práce u pacientů po poškození mozku z pohledu sociálního pracovníka. Dále jsou zpracovávány také tři disertační práce: Úloha ergoterapeuta v rámci koordinované rehabilitace u pacientů se získaným poškozením mozku, Problematika návratu do zaměstnání u pacientů po poškození mozku – z fyzioterapeutického, ergoterapeutického a sociálního hlediska a Potřeby pacientů a jejich rodin po získaném poškození mozku z pohledu koordinované rehabilitace.

První dílčí výsledky mého výzkumu byly prezentovány na konferenci SGEM ve Vídni. Článek „Coordinated rehabilitation and its implementation in organizations working with persons after acquired brain damage“ je zatím dostupný ve sborníku z konference a během roku, po recenzním řízení, by se měl objevit v databázi Web of Science. Tento článek přikládám v příloze 1.

2. 2 Výzkumné otázky

1. VO: Kteří odborníci se podílí na realizaci koordinované rehabilitace v organizacích poskytujících sociální služby osobám po získaném poškození mozku?
2. VO: Jak je realizována spolupráce týmu při práci s osobami po získaném poškození mozku?

3 METODIKA

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Diplomová práce má charakter teoreticko – empirický. V praktické části jsem uplatnila kvalitativní výzkumnou strategii, techniku semistrukturovaného rozhovoru. Semistrukturovaný neboli polostrukturovaný rozhovor je typický tím, že tazatel má vytvořený okruh otázek, na který se účastníků ptá, přičemž může měnit pořadí dle libosti, aby dosáhl co největší výtěžnosti interview (Miovský, 2006). Seznam použitých okruhů uvádím v příloze 2.

Rozhovory probíhaly se sociálními pracovníky v českobudějovických organizacích, které poskytují sociální služby podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, a které jsou dle tohoto zákona evidovány v Registru poskytovatelů sociálních služeb. Vzhledem k tomu, že v České republice neexistují žádné sociální služby, které se zaměřují přímo na osoby po získaném poškození mozku, byly vybrány organizace, které poskytují sociální služby osobám se zdravotním znevýhodněním a do jejichž cílové skupiny mohou potenciálně spadat právě i osoby s tímto poškozením.

Výpovědi sociálních pracovníků byly nahrávány na diktafon, o jehož použití byli všichni dotazovaní předem informováni a s nahrávkami souhlasili. Rozhovory jsem následně doslovně přepsala do textového editoru. Doslovné prepisy včetně audiozáznamů mám uchované ve svém osobním archivu.

Rozhovory se sociálními pracovníky se zaměřovaly jednak na multidisciplinární spolupráci a koordinaci týmu v organizaci, ale také na pozitiva a negativa sociální práce u osob po poškození mozku. Tato data jsou zpracována v jiné diplomové práci, která je součástí projektu a nese název „Pozitiva a negativa sociální práce u pacientů po poškození mozku z pohledu sociálního pracovníka“.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Bylo osloveno všech 20 českobudějovických organizací, které poskytují sociální služby podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, a jejichž klienty/ uživateli jsou nebo se mohou stát osoby po získaném poškození mozku. V Českých Budějovicích jsou také 2 poradny, které nabízí odborné sociální poradenství

osobám se zdravotním znevýhodněním. Tyto poradny však osloveny nebyly, jelikož je předpoklad, že zde koordinovaná rehabilitace probíhat nebude a mohlo by dojít ke zkrácení.

Ve výzkumné části byla použita metoda totálního výběru vzorku. Tento výzkumný soubor je dle Miovského (2006, s. 131) *tvořen všemi možnými prvky uvažovaného základního souboru, jinými slovy, že se v případě uplatnění této metody rovná výběrový soubor souboru základnímu*. Autor (2006) vnímá užití této metody žádoucí především v případech, kdy je extrémně malý základní soubor, kde je malý počet prvků, a bez užití totálního výběru vzorku by mohlo dojít k nedostatečné teoretické saturaci.

Rozhovory probíhaly s vedoucími sociálními pracovníky přímo v místě konkrétní sociální služby, ve které působí. Osloveno bylo 20 sociálních pracovníků, s rozhovorem souhlasilo 12 z nich. Informanti byli předem seznámeni s účelem sběru dat a se zajištěním anonymity obsahu rozhovorů při jejich zpracování a prezentaci. Souhlasy pracovníků, kteří se účastnili výzkumu, jsou zaznamenány na audiozáznamu v mém osobním archivu.

3.3 *Proces sběru dat*

Sběr dat pro účely mé diplomové práce probíhal od června 2017 do prosince 2017. Z Registru poskytovatelů sociálních služeb byly vybrány organizace, které spadají pod město České Budějovice a jejichž klienty/uživatelé jsou nebo mohou být osoby po získaném poškození mozku. Těchto sociálních služeb je v Českých Budějovicích 20.

Prostřednictvím e-mailu jsem všech 20 organizací kontaktovala s žádostí o rozhovor a seznámila jsem je také s projektem "Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)" a s cíli diplomové práce. Organizace, které neposkytly žádnou zpětnou vazbu ohledně souhlasu/nesouhlasu s rozhovorem, byly dále kontaktovány telefonicky nebo osobně. S rozhovorem nakonec souhlasilo 12 organizací.

Rozhovory následně probíhaly v konkrétních sociálních službách, vždy v kanceláři sociálního pracovníka. Všechny rozhovory byly, po udělení souhlasu dotyčného, nahrávány na diktafon.

3. 4 Etická pravidla

Výzkum probíhal v souladu se zákonem 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Všichni informanti byli seznámeni s cíli výzkumu a souhlasili s nahráváním rozhovoru na diktafon. Audiozáznamy se souhlasu mám uložené ve svém osobním archivu.

Rozhovory se sociálními pracovníky jsou z důvodu zachování anonymity označeny písmeny A – L. Kutnohorská (2009) vyzdvihuje anonymitu, kterou definuje jako respektování důvěrného obsahu informací nebo jako neidentifikovatelnost konkrétních osob, které informace tazateli poskytly.

3. 5 Vyhodnocení

Sebraná data byla zpracována v programu Atlas.ti 7. Metodou zpracování přepsaných rozhovorů byla metoda zakotvené teorie, kterou dále popisuje Mioviský (2006). První fází je otevřené kódování, kde se pojmenují jevy a seskupí se do kategorií. Druhým krokem je axiální kódování, kde jsou údaje po otevřeném kódování znovu uspořádány pomocí vytvářených vazeb. Třetí a poslední fáze je selektivní kódování neboli tvoření centrální kategorie, kterou se snažíme uvést do vztahu k ostatním kategoriím.

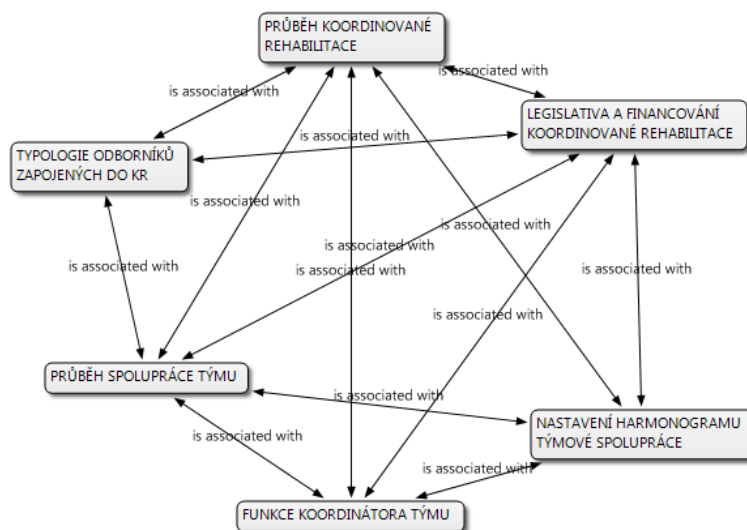
Výsledky výzkumu jsou prezentovány formou prostého textu, přímých citací sociálních pracovníků a pomocí vytvořených schémat.

4 VÝSLEDKY

V této kapitole se zaměřím na prezentaci výsledků výzkumu. Má pozornost byla zaměřena na fungování koordinované rehabilitace v sociálních službách, přičemž z analýzy výsledků vyplynulo 5 klíčových oblastí, které průběh a efektivnost koordinované rehabilitace ovlivňují – viz obrázek č. 1. Jde o následující oblasti:

- typologie odborníků zapojených do koordinované rehabilitace,
- průběh spolupráce týmu,
- nastavení harmonogramu týmové spolupráce,
- funkce koordinátora týmu,
- legislativa a financování koordinované rehabilitace.

Výpovědi sociálních pracovníků z různých organizací jsou z důvodu zachování anonymity označeny písmeny A – L.



Obrázek 1: Průběh koordinované rehabilitace

Zdroj: vlastní

4.1 Typologie odborníků zapojených do koordinované rehabilitace

Abychom mohli mluvit o uceleném systému rehabilitace, musí jít o zastoupení minimálně dvou složek, které jsou navzájem propojené a koordinované (Neubauerová, 2012). V sociálních službách se vždy setkáváme se sociálními pracovníky, často potom také s pracovníky v sociálních službách. Dle druhu a formy poskytované služby zde potom nacházíme další odborníky. Nejčastěji to bývají všeobecné sestry, aktivizační

pracovníci, lékaři. Jde tedy především o zastoupení sociální a zdravotní složky rehabilitace.

Některé organizace spolupracují s externími pracovníky, kteří provádí specifické terapie:

Externě sem dochází lékaři – neurolog, rehabilitační lékař, ortoped (organizace C).

Chodí sem arteterapeut, pak sem chodí na canisterapii jednou za 14 dní. S logopedií spolupracujeme. Z lékařů nám sem dochází psychiatrická a kožařka a doktor urolog ohledně permanentního katetru (organizace F).

Léčebné prostředky rehabilitace

Léčebné prostředky rehabilitace jsou pro osoby s poškozením mozku velice důležité. Hrají podstatnou roli především v raném stádiu nemoci, důraz by měl být kladen na včasnou a intenzivní péči lékařů, fyzioterapeutů a ergoterapeutů.

V praxi tomu je tak, že sociálním službám často odborníci z léčebné rehabilitace chybí. Setkáváme se především s nedostatkem fyzioterapeutů a ergoterapeutů. Tyto odborníky často nahrazují všeobecné sestry, aktivizační pracovníci, popřípadě pracovníci v sociálních službách, kteří provádí danou terapii bez potřebné kvalifikace:

Nemáme ergoterapeuty jako takový, s papírem ergoterapeuta, ale máme aktivizační pracovníky (organizace D).

Jsou tu sestry, psychologka, psychiatr. Měli jsme fyzioterapeutku, ale ta je teď na mateřský a ergoterapeuta, ten tu teď taky není (organizace E).

My tu máme sice ergoterapeutickou dílnu, ale vlastně paní, co tam pracuje, není přímo ergoterapeuta, nemá ergoterapeutický vzdělání, takže ona je tu taky vedena jako pracovník v sociálních službách, oni tady sice děvčata s těma lidma ergoterapii dělají, ale není to přímo kvalifikovanej ergoterapeut (organizace H).

My nemáme fyzio. Jsou tu jako zdravotní sestry. Nemají asi ani nijak zvlášť nějaký kurz myslím (organizace J).

Jsou ovšem organizace, kde jsou léčebné prostředky rehabilitace bohatě zastoupeny:

Máme tady spoustu odborníků, i mimo zařízení. Externě sem dochází lékaři, neurolog, rehabilitační lékař, ortoped. Máme tady i SPC, psychologa, fyzioterapeuta,

ergoterapeuta, ten tým je tady hodně dostupný, spolupracuje. Co mě napadá, že nemáme, co využíváme z venku, je psychiatr, což je podle mě hodně důležitý. U těch odborníků stojíme hodně na tom, že je to o penězích a že je jich především málo (organizace C).

Spolupracujeme s ergoterapeutkami, muzikoterapeutkou, chodí sem arteterapeut, psychoterapeut. Rehabilitace tu máme v rámci baráku, máme tu tři fyzioterapeutky. Pak sem chodí na canisterapie jednou za 14 dní. Dochází nám sem z lékařů, my tu máme naši praktickou lékařku, a pak sem dochází psychiatrička a kožařka a doktor urolog ohledně permanentního katetru (organizace F).

Následující tabulka č. 1 přesněji popisuje zastoupení jednotlivých odborníků v konkrétních organizacích.

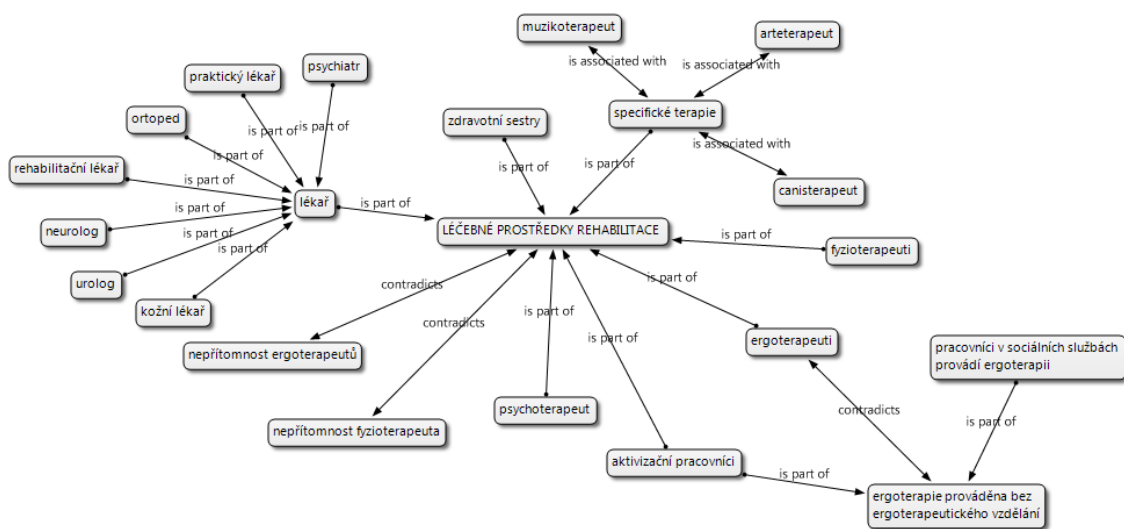
Tabulka č. 1: Zastoupení odborníků léčebné rehabilitace v sociálních službách

Organizace	Fyzioterapeut	Ergoterapeut	Lékař	Všeobecné sestry	Externí spolupráce
A	ne	ne	ne	ano	lékaři
B	ne	ano	ano	ano	lékaři
C	ano	ano	ano	ano	ortoped neurolog rehabilitační lékař
D	ano	ne	ano	ano	psychoterapeut
E	ne	ne	ano	ano	ne
F	ano	ano	ano	ano	muzikoterapeut arteterapeut canisterapeut psychoterapeut kožní lékař urolog
G	ano	ne	ano	ano	lékaři
H	ano	ne	ano	ano	psychiatr kožní lékař
I	ne	ne	ano	ano	ne
J	ne	ne	ne	ano	ne
K	ne	ne	ne	ne	všeobecné sestry
L	ne	ne	ne	ne	ne

Zdroj: vlastní

Aby mohla koordinovaná rehabilitace fungovat, a aby se dalo hovořit o multidisciplinární spolupráci, je potřeba, aby spolupracovali minimálně 2 odborníci, kteří působí v rámci jiných složek rehabilitace. V tabulce č. 1 ale jasně vidíme, že v organizaci L spolupráce s léčebnou složkou rehabilitace vůbec neprobíhá. V organizaci K probíhá pouze externí spolupráce s všeobecnými sestrami. Práce fyzioterapeutů, která je pro osoby po poškození mozku stěžejní, je nabízena pouze v pěti organizacích. Ergoterapii nabízí pouze 3 sociální služby.

Odborníci, kteří působí v rámci léčebné rehabilitace v sociálních službách, jsou znázorněny na obrázku č. 2.



Obrázek 2: Léčebné prostředky rehabilitace
Zdroj: vlastní

A) Náplň práce ergoterapeutů

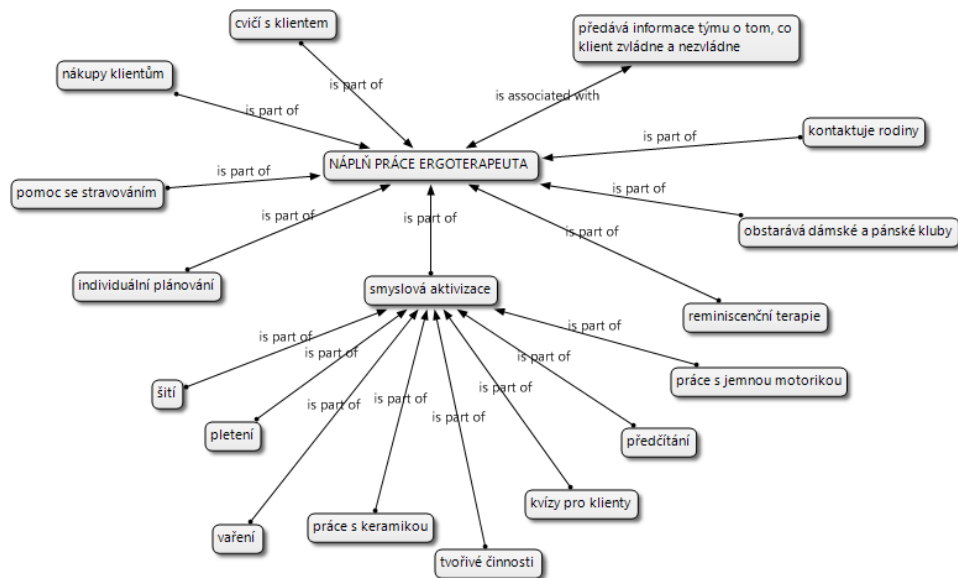
Hlavní náplní ergoterapeutů v sociálních službách, z pohledu sociálních pracovníků, je provádění smyslové aktivizace u klientů. Ergoterapeuti jsou proto často vnímáni především jako aktivizační pracovníci. Náplň práce ergoterapeuta můžeme vidět na obrázku č. 3.

Ergoterapeutka pomáhá s krmením nebo podáváním jídla a potom už má na starosti individuální plány, což souvisí s pánskými a dámskými kluby, nebo když je někdo nemocný, tak třeba klientům předčítá, pak třeba i v jídelně přednáší, hrajou různé kvízy, reminiscenční terapie (organizace B).

Je tam ta jemná motorika, dělají keramiku, práce se vzpomínkami, terapeutický dílny, něco vyrábí, suší křížaly, vaří dokonce i. Takže ta ergo tu vlastně je, ale není to přímo nazvaný ergoterapie. Je to nazvaný skupinová smyslová aktivizace a tvořivé dopoledne,

výtvarné činnosti, společné pečení, práce se vzpomínkami a tak. Těch aktivit je tu docela dost (organizace G).

Máme tu ergoterapeutickou dílnu, kam ty lidi teda chodí pravidelně. Máme tu hlavně ženský, ty šijou, háčkují, pletou, popovídají si, některý jsou šikovný, pletou, dělají dečky, tašky a tak. Ve středu mívají keramiku (organizace H).



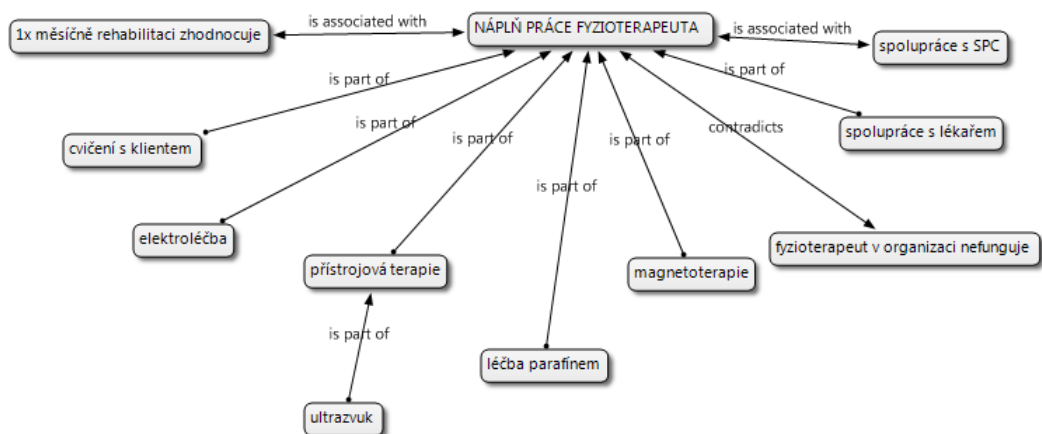
Obrázek 3: Náplň práce ergoterapeuta
Zdroj: vlastní

B) Náplň práce fyzioterapeutů

Pracovní náplň fyzioterapeutů a konkrétní terapie, které tito odborníci podle sociálních pracovníků provádí, jsou znázorněny na obrázku č. 4. Jde především o manuální cvičení a léčbu za pomoci specifických přístrojů.

Fyzioterapeuti podle zhodnocení lékaře dělají rehabilitaci, pokud je u pacienta vhodná a každý měsíc zhodnocují, jestli to funguje nebo ne, jestli mu ubrat nebo přibrat. Terapie je na nich, co uznají za vhodný, máme tady vlastně přístrojovou terapii, elektroléčbu, ultrazvuk, parafín, magnetoterapii a nějaký manuální terapie a cvičení a individuálně se tomu věnují (organizace G).

Oni chodí s těma lidma cvičit, to mají přímo napsaný od doktora, co s nima budou dělat. Oni maj různě rozcvičky nebo chodí cvičit individuálně (organizace H).



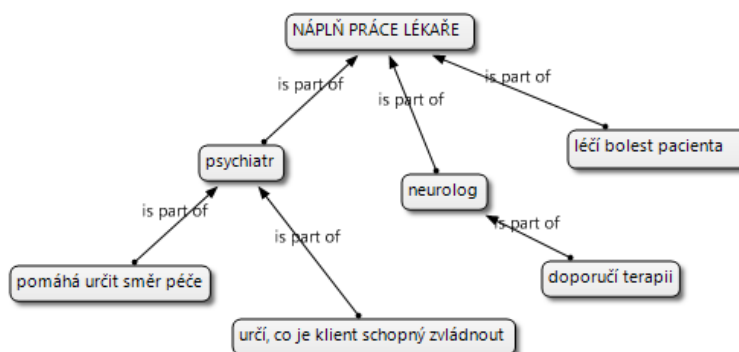
Obrázek 4: Náplň práce fyzioterapeuta
Zdroj: vlastní

C) Náplň práce lékařů

Na obrázku č. 5 můžeme vidět náplň práce lékařů z pohledu sociálních pracovníků, kteří pracují v sociálních službách. Hlavní náplní lékaře je určit směr péče, podle které se následně řídí další odborníci, převážně fyzioterapeuti a všeobecné sestry:

Sestry se pak domlouvají s lékařem na terapiích, co budou a jak dělat u jednotlivých lidí (organizace E).

Fyzioterapeuti podle zhodnocení lékaře dělají rehabilitaci a každý měsíc jí zhodnocují, jestli to funguje nebo ne, jestli mu ubrat nebo přibrat. Pak se to dá ke schválení lékaři, většinou to schválí tu rehabilitaci a fyzioterapeuti se mu pak věnujou (organizace G).

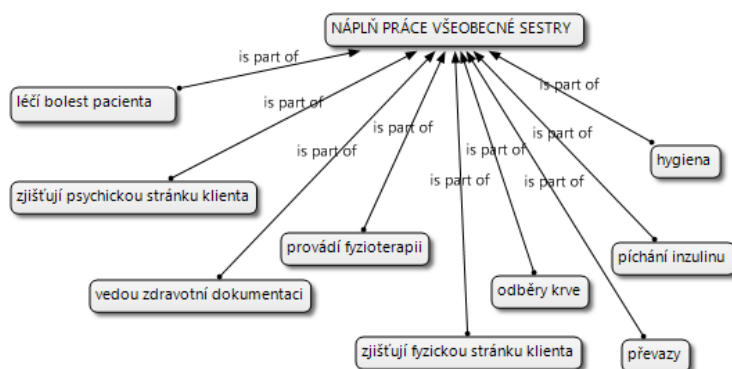


Obrázek 5: Náplň práce lékaře
Zdroj: vlastní

D) Náplň práce všeobecných sester

Všeobecné sestry se řídí doporučením lékaře. Jejich náplní práce, kterou sociální pracovníci uvedli, jsou převážně převazy, odběry krve, hygiena. V sociálních službách občas zastávají práci fyzioterapeutů, aniž by měly k této profesi potřebné vzdělání.

Obrázek č. 6 podrobněji znázorňuje náplň práce všeobecných sester působících v sociálních službách.



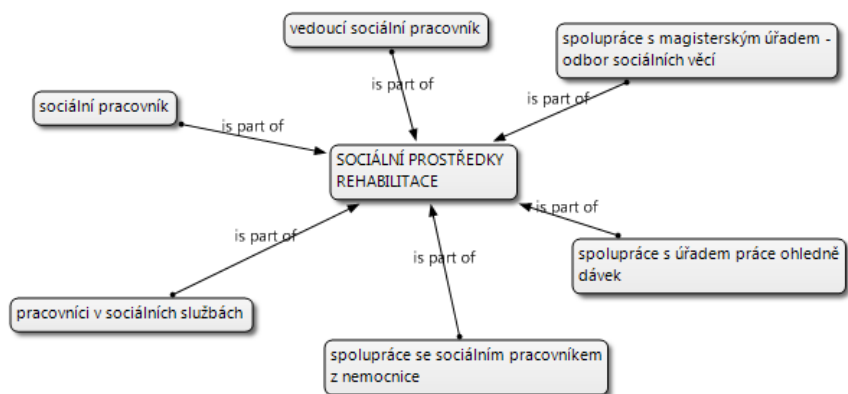
Obrázek 6: Náplň práce všeobecné sestry
Zdroj: vlastní

Sociální prostředky rehabilitace

Sociální prostředky rehabilitace pomáhají klientům začlenit se zpět do společnosti. Pomoc je zajišťována prostřednictvím různých finančních i nefinančních výhod, dávek a příspěvků a pomocí nabízených sociálních služeb.

Odborníci, kteří působí v rámci sociálních prostředků rehabilitace v organizacích, jsou sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách. Sociální pracovníci pak dále spolupracují se sociálními odbory příslušných institucí – viz obrázek č. 7. Vzájemná spolupráce je nezbytná především při vyřizování příspěvků a dávek sociálního zabezpečení klientům daných sociálních služeb, v případech opatrovnictví apod.

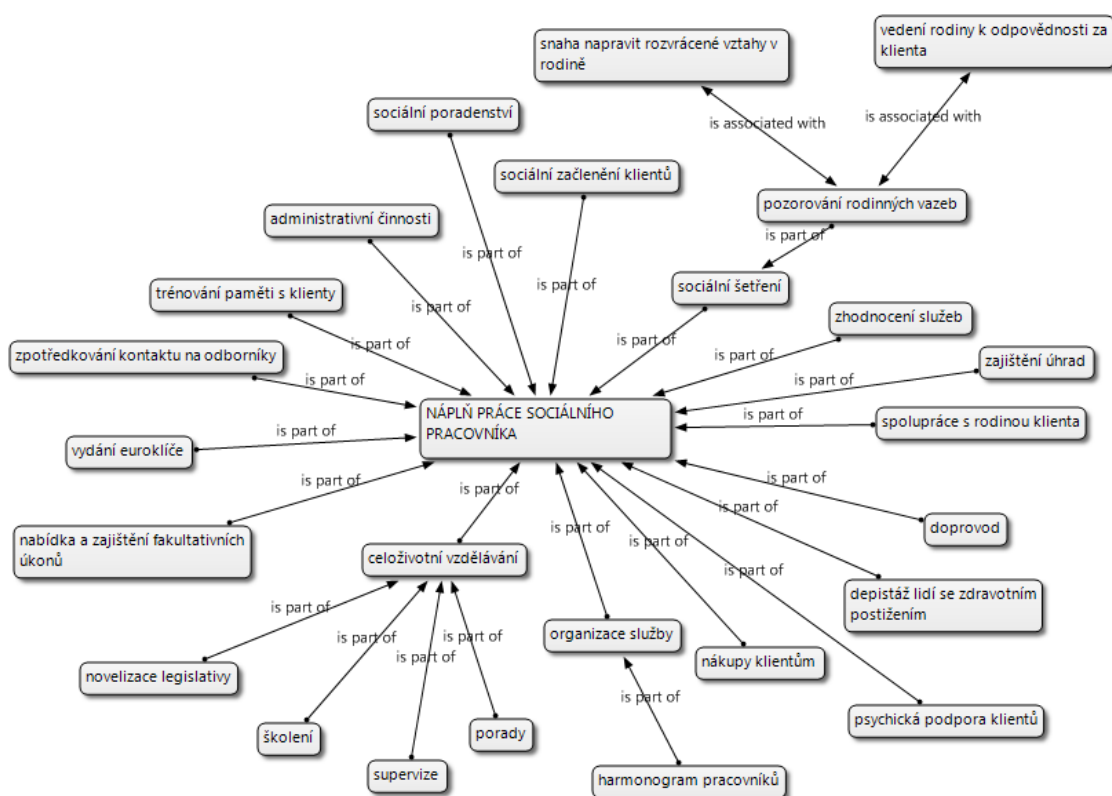
Já spolupracuju hodně s magistrátem, sociálním odborem, protože máme klienty, kteří mají opatrovníky a jejich opatrovníkem je třeba město, takže jednám s nima. Pak třeba když mi někdo zavolá, že by potřeboval péči a já vidím, že to není na domácí péči, nejsou příbuzní, tak to řeším se sociálním odborem. Pak třeba klienti, když jsou v nemocnici, tak když potřebuje péči na doma, tak to řešíme zase se sociálním pracovníkem z nemocnice a s úřadem práce kvůli příspěvkům na péči (organizace A).



Obrázek 7: Sociální prostředky rehabilitace

Zdroj: vlastní

Odborná literatura často uvádí, že sociální pracovník by měl působit jako tzv. case manager, tedy koordinátor týmové spolupráce. Jeho náplň práce je však tak obsáhlá, že mu na koordinaci týmu nezbývá čas – viz obrázek č. 8.



Obrázek 8: Náplň práce sociálního pracovníka

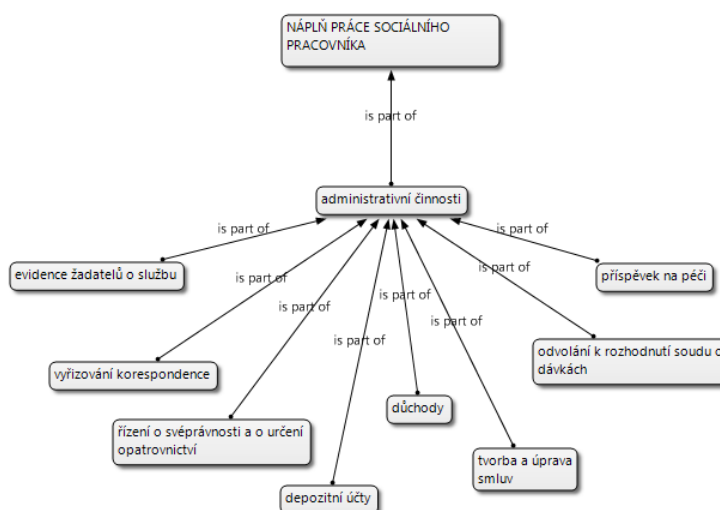
Zdroj: vlastní

Nevětší zátěží sociálních pracovníků je administrativní – viz obrázek č. 9.

Nabaluje se pořádku administrativy. Čím dál tím méně času jít za těma lidma a třeba si s nima popovídat. Všechno se zapisujete (organizace F).

Je to náročný administrativně. A hlavně se vám každý 4 roky vymění politická situace, jako já už teď mám pocit, že jedu jen v papírech (organizace I).

Je to náročný a sežere to spoustu času. Všechno musí být písemně, kolikrát toho mám až nad hlavu (organizace L).

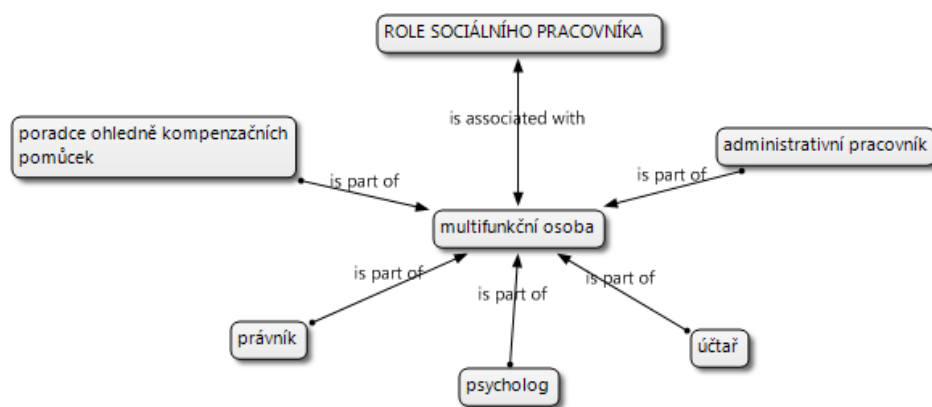


Obrázek 9: Administrativní zátěž sociálních pracovníků

Zdroj: vlastní

Tato administrativní vytiženost sociálním pracovníkům nedovoluje, aby se klientům věnovali tak, jak by chtěli. Proto je zde na místě spolupráce s dobrovolníky: *Občas sem chodí dobrovolníci za klientama – si s nima povídat nebo je vezmou ven (organizace E).*

Z rozhovorů dále vyplývá, že sociální pracovník zastává různé profesní role – viz obrázek č. 10. Klienti a rodina ho často vnímají jako psychologa, který jim pomáhá vyrovnat se s náročnou životní situací. On sám se cítí být administrativním pracovníkem právě kvůli velké administrativní náročnosti poskytované péče: *Je to o tom, že se často stává administrativním pracovníkem, což je zoufalství, protože tý administrativy je tolik, opravdu tolik, že vás to k tý kancelářský židli přivazuje (organizace D).* Organizace D dále vnímá sociálního pracovníka jako osobu, která sama zastává multidisciplinární tým: *Já jsem říkala, že ten sociální pracovník je takovej multifunkční tým, kterej se schová za sociálního pracovníka, účtaře, právníka, psychologa, zkrátka těch rovin tam je strašně moc. O to víc je to zajímavý, ale jako není to nafukovací, ani ten den, ani ta pracovní doba a ani naše možnosti.*



Obrázek 10: Role sociálního pracovníka
Zdroj: vlastní

Pedagogické prostředky rehabilitace

Osoby se získaným poškozením mozku často trápí problémy v řeči, která není plynulá, člověk se zadržává, má problém s výslovností. V důsledku tohoto poškození je proto nezbytná spolupráce s logopedem, který zvolí vhodnou terapii.

V sociálních službách nabídka logopedické péče převážně chybí – viz tabulka č. 2. Jinak tomu není ani ve spolupráci s externími logopedy. Tento problém proto zůstává na rodině, která si musí vyhledat informace o možnostech a nabídce logopedické péče sama.

Tabulka č. 2: Nabídka logopedické péče v sociálních službách

Organizace	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
Logoped	ne	ne	ano	ne	ne	ano, externě	ne	ne	ne	ne	ne	ne

Zdroj: vlastní

Pracovní prostředky rehabilitace

Poškození mozku může postihnout a narušit různé oblasti lidského života. Výjimkou není ani změna pracovní schopnosti, se kterou se právě osoby po úrazech nebo cévní mozkové příhodě potýkají. Tyto osoby potřebují pomoc v rámci rekvalifikace a při hledání vhodného zaměstnání, ve kterém se budou cítit dobře, a ve kterém bude jejich postižení akceptováno a tolerováno.

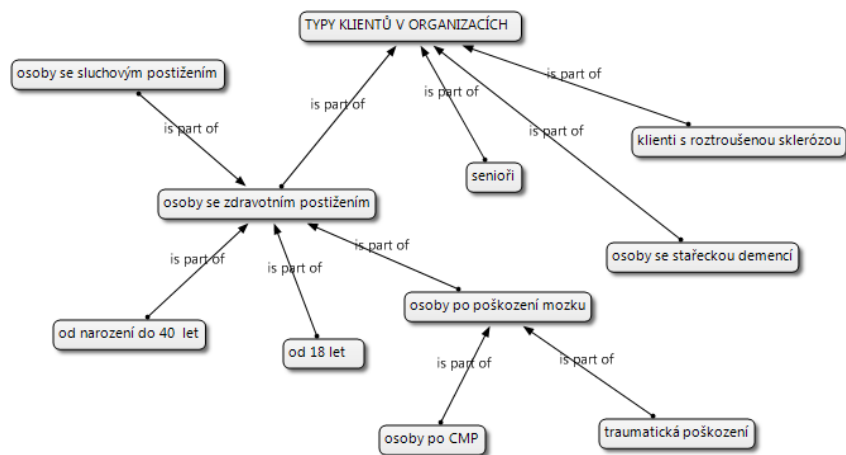
Sociální služby na tyto potřeby nedokáží adekvátně reagovat, jelikož velkou část jejich klientů tvoří senioři nebo jinak znevýhodněné osoby, se kterými se již nepočítá, že by se do pracovního procesu chtěli nebo mohli opět navrátit. S tímto názorem se ztotožňuje organizace I: *Nám tady umírají lidi a je to normální, ve stáří se umírá.*

A nemá cenu si tady hrát na nějaký rehabilitace a podobný, protože ten člověk z toho nic nemá.

Pouze v jedné organizaci se můžeme setkat s nabídkou sociálně terapeutických dílen. Tato sociální služba je upraveny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, a jejím účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.

4.2 Průběh spolupráce týmu

To, v jakém duchu bude organizace s klientem pracovat, jaké zvolí metody a postupy péče, jak velké spektrum odborníků bude nabízet a do jaké míry bude spolupracovat s jinými profesionály a s rodinou klienta, závisí, mimo jiné, na cílové skupině konkrétních organizací. V sociálních službách, které mohou využívat osoby se získaným poškozením mozku, nejčastěji nalezneme tento typ klientů – viz obrázek č. 11.



Obrázek 11: Typy klientů v organizacích

Zdroj: vlastní

Další aspekt, který je podle sociálních pracovníků pro určení směru poskytované péče důležitý, je délka spolupráce s klientem. Tedy to, zda se klient plánuje vrátit v dohledné době domů, popřípadě službu navštěvuje pouze ambulantně, nebo v organizaci dožívá:

Někdo je tu 20 let, někdo i celý život, přijde sem třeba v 18 a dožije tady (organizace E).

Jsme otevřený od roku 2004, tak od toho roku tu je většinou máme. To, aby někdo odešel domů, se stává opravdu zřídka, stalo se to asi 3x, jdou sem strávit podzim svého života (organizace F).

Případ od případu. Někdy tu jsou klienti měsíce, někdy roky (organizace L).

Aby byla rehabilitace u klienta co nejefektivnější, je potřeba, aby byl zapojen tým odborníků, který bude vzájemně spolupracovat a jednat především v zájmu klienta. Spolupráce v sociálních službách probíhá jednak mezi interními pracovníky, tak i s odborníky zvenčí.

Sociální pracovníci spolupracují v rámci organizace nejčastěji s:

- všeobecnými sestrami:

Za mnou vrchní sestřička přijde a řekne: „máme tohohle klienta a potřebuje tam zajistit hygienu“. Tak já se s nima pak spojím a kombinujeme tu péči. Nebo chodím ke klientovi a zjistím, že je diabetik, není schopen si třeba ohlídat píchání inzulínu, tak zajdu za sestřičkami a řeknu jim, pán bydlí tam a tam, mohla bys tam zajet a domluvit se s ním (organizace A)?

- ergoterapeutkami:

Jsou tu i ergoterapeutky, ty nám řeknou třeba co je špatně, co by se mělo dělat a jestli to dělat můžou (organizace B).

- aktivizačními pracovníky:

My vždycky spolupracujeme s těma aktivizačníma pracovníkama a třeba řešíme, když se jim něco nezdá, co by bylo potřeba zahrnout do té rehabilitace (organizace G).

V sociálních službách se často setkáváme s případy, kdy mezi sebou spolupracují odborníci pouze v rámci jedné složky rehabilitace:

My třeba s rehabilitací tolik nespolečně spolupracujeme, tam je to víceméně na doporučení lékaře, tam spíš spolupracují se sestrama na oddělení, aby bylo jasné, tenhle potřebuje víc rozvíjet to, tenhle to (organizace F).

Fyzioterapeuti podle zhodnocení lékaře dělají rehabilitaci, pokud je u pacienta vhodná a každý měsíc zhodnocují, jestli to funguje nebo ne, jestli mu ubrat nebo přidat. My moc nekomunikujeme mezi sebou zdravotní a sociální složka. Fyzioterapeuti komunikují se zdravotníma sestrama, s aktivizačníma pracovníkama, pečovatelkama (organizace G).

Organizace také spolupracují s externími odborníky. Nejčastěji probíhá spolupráce s lékaři a se sociálními pracovníky z jiných institucí:

Zvenčí pak spolupracujeme třeba s lékařem, když je potřeba, ale to spíš jako sestřičky. Já spolupracuju hodně s magistrátem, sociálním odborem, protože máme klienty, kteří mají opatrovníky a jejich opatrovníkem je třeba město, takže jedním s nima, pak když mi někdo zavolá, že by potřeboval péči a já vidím, že to není na domácí péči, nejsou příbuzní, tak to řeším se sociálním odborem, pak třeba klienti, když jsou v nemocnici, tak když potřebuje péči na doma, tak to řešíme zase se sociálním pracovníkem z nemocnice a s úřadem práce kvůli příspěvkům na péči (organizace A).

Externě sem dochází lékaři, neurolog, rehabilitační lékař, ortoped. Máme tady i SPC, máme logopeda, psychologa, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, ten tým je tady hodně dostupný, spolupracuje (organizace C).

Chodí sem paní psychiatricka, s tou hodně spolupracujeme, protože nám pomáhá někdy určovat trošku směr v té péči, co ten člověk zvládne, ale i co není schopen zvládnout (organizace D).

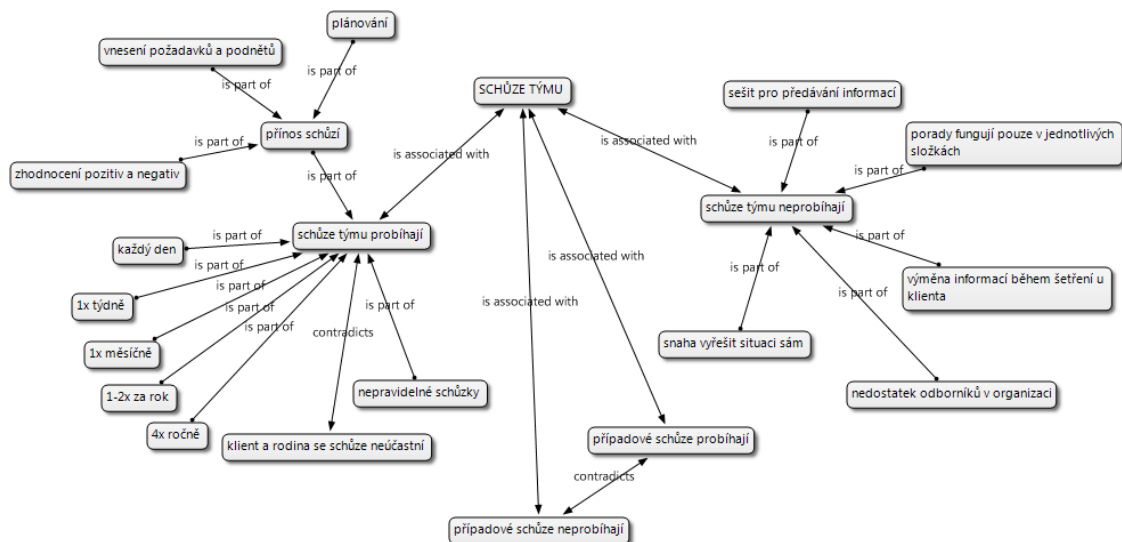
Hodně spolupracujeme právě s firmama, který nabízej kompenzační pomůcky, tak to máme velmi úzkou spolupráci, ale jinak my přímo jako organizace ty lidi posíláme třeba k lékařům, jo. Když je potřeba, tak je pošleme ke specialistovi, řekneme jim, kam se obrátit, jsme schopný jim říct, co si mají nechat napsat a tyhle věci, ale my osobně že bysme s nima spolupracovali, to ne (organizace K).

V některých organizacích spolupráce týmu nefunguje. Důvody nespolupracujícího týmu shledávají sociální pracovníci v nedostatku odborníků v organizaci: *No, jako nespolupracujeme moc, tak nevím no, víte co, jak jsme malá organizace, tak ani nemám s kým. Každá toho máme tolik, že pokud to není akutní, tak s tím neběžíte za ředitelkou, neobtěžujete jí s tím. Snažíte se to vyřešit sami (organizace A). No, takže je nedostatek personálu, kvalitního personálu (organizace I). Dalším důvodem je časová náročnost spolupráce: Sežere to strašně moc času (organizace C). Organizace J s jinými odborníky nespolupracuje, protože necítí potřebu: *I když mám tady kontakty taky, ale nikdy jsem je nepoužila, ani jsem se vlastně nikde neptala, jestli by s náma spolupracovali, kdyby bylo potřeba. Ani jsem to jako nikdy...neměla pocit, že potřebuju, nebo jsem to nikdy nevěděla, nikdy jsem to nezjišťovala.**

Schůze týmu

Aby mohl multidisciplinární tým správně fungovat, je důležité, aby mezi sebou jednotliví odborníci komunikovali. Týmové schůze jsou tedy základním kamenem pro kvalitní multidisciplinární spolupráci.

V sociálních službách, kde multidisciplinární setkání neprobíhají, často fungují pouze porady jednotlivých složek: *No, moc nekomunikujeme mezi sebou zdravotní a sociální složka. Fyzioterapeuti komunikují se zdravotníma sestrama, s aktivizačníma pracovníkama, pečovatelkama. Že bysme se ale nějak scházeli nad případem, to ne* (organizace G). Tam, kde schůze týmu neprobíhají vůbec, je zaveden jiný systém předávání informací. Jakým způsobem dochází k předávání informací mezi odborníky, je zobrazeno na obrázku č. 12.



Obrázek 12: Schůze týmu
Zdroj: vlastní

Těchto týmových schůzí se klient ani jeho rodina v žádné z organizací neúčastní: *S rodinou schůze neděláme. Přijdou sem jen kvůli těm žádostem, ale nezveme si je sem, abychom řešili klienta nebo tak, to ne* (organizace H).

Sociální pracovníci zmiňují také pozitiva multidisciplinárních setkání. Uvádí, že jsou přínosná především pro plánování rehabilitace, pro zhodnocení pozitiv a negativ péče a pro možnost vnesení požadavků a podnětů.

Speciální kapitolou jsou supervize. Ačkoli mají supervize v pomáhajících profesích nezastupitelnou roli, v sociálních službách probíhají jen zřídka. Pracovníci je vnímají jako zbytečné a upřednostňují řešit problém hned na místě, z očí do očí:

Já zastávám spíš ten názor, vyříkat si to z očí do očí, než to řešit na supervizi (organizace F).

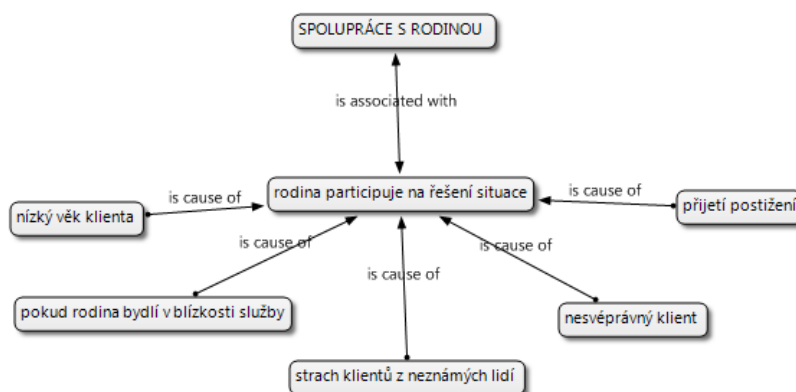
Supervize nemáme. Nemáme na to čas (organizace J).

Supervizi nemáme. Když je nějaký problém, tak samozřejmě má každá možnost za mnou přijít, ale to se asi nedá brát jako supervize, já nejsem supervizor. Ale nevím, asi kdyby o to byl zájem, tak bych uvažovala nad tím, že supervizi zavedeme, ale zatím jsem od nikoho takové přání neslyšela (organizace L).

Rodina jako člen multidisciplinárního týmu

Rodina má v rehabilitaci nezastupitelnou roli. Spolupráce s ní je významná především při naplňování klientových cílů. Participace rodiny na řešení dané situace může klientovi značně usnadnit život a zlepšit také jeho kvalitu, proto by měla být součástí rehabilitačního týmu.

Sociální pracovníci se v organizacích setkávají s různě spolupracujícími rodinami. Tuto spolupráci můžeme rozdělit do třech skupin. První skupinu tvoří rodiny, které chtějí spolupracovat a na řešení situace participují – viz obrázek č. 13. Rodiny spolupracují především kvůli nízkému věku klienta, protože je klient nesvéprávný nebo proto, že má strach z cizích lidí: *Když plánujeme individuální plán, tak k nám rodina přijde a pomůže, protože klienti třeba nechtějí mluvit s námi, protože nás neznají, mají strach, tak to jde přes rodinu (organizace B).* Spolupráce také probíhá, pokud rodina bydlí v blízkosti služby, tudíž to pro ni není příliš velká zátěž a tehdy, pokud se již rodina s postižením klienta smířila a přijala ho.

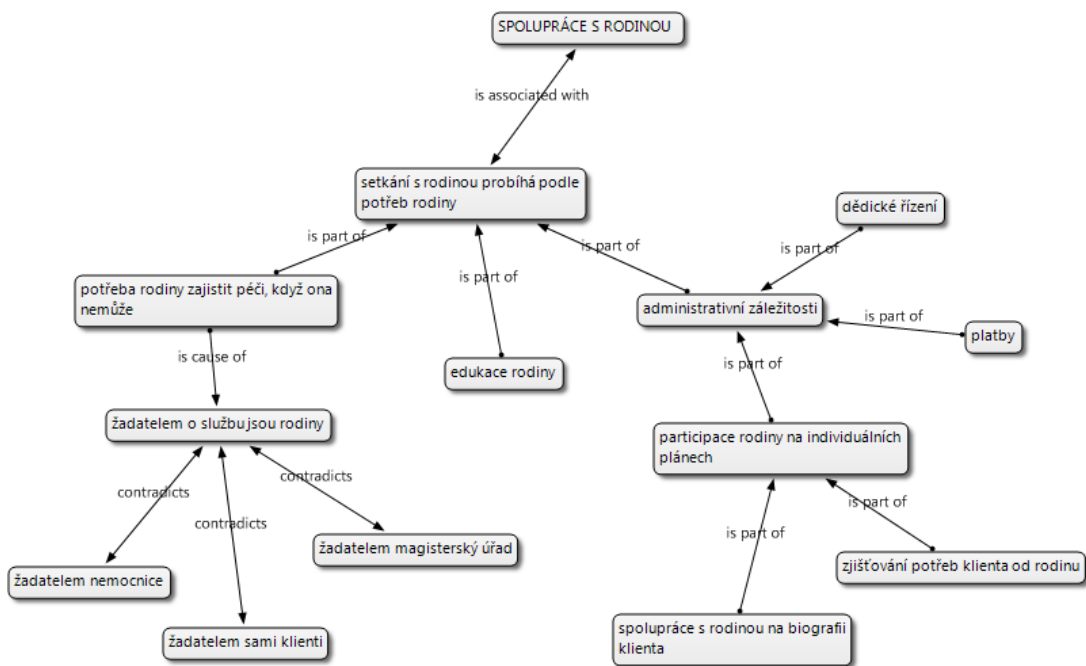


Obrázek 13: Spolupracující rodina
Zdroj: vlastní

Druhou skupinou jsou rodiny, které spolupracují pouze v případech, kdy sami cítí potřebu a přijdou do organizace o spolupráci požádat – viz obrázek č. 14. Potřeby, se kterými se rodiny na sociální pracovníky obrací, jsou:

- řešení administrativních záležitostí,
- edukace rodiny,
- zajištění péče, když se rodina postarat nemůže:

Nezákladnější pro ty rodiny je asi to, postarat se o toho jejich rodinného příslušníka, když oni nemůžou. Prostě aby měli takovej ten pocit, že je o ty jejich příbuzný postaráno, když oni tam nemůžou být jo (organizace A).



Obrázek 14: Rodina spolupracuje v případě potřeby

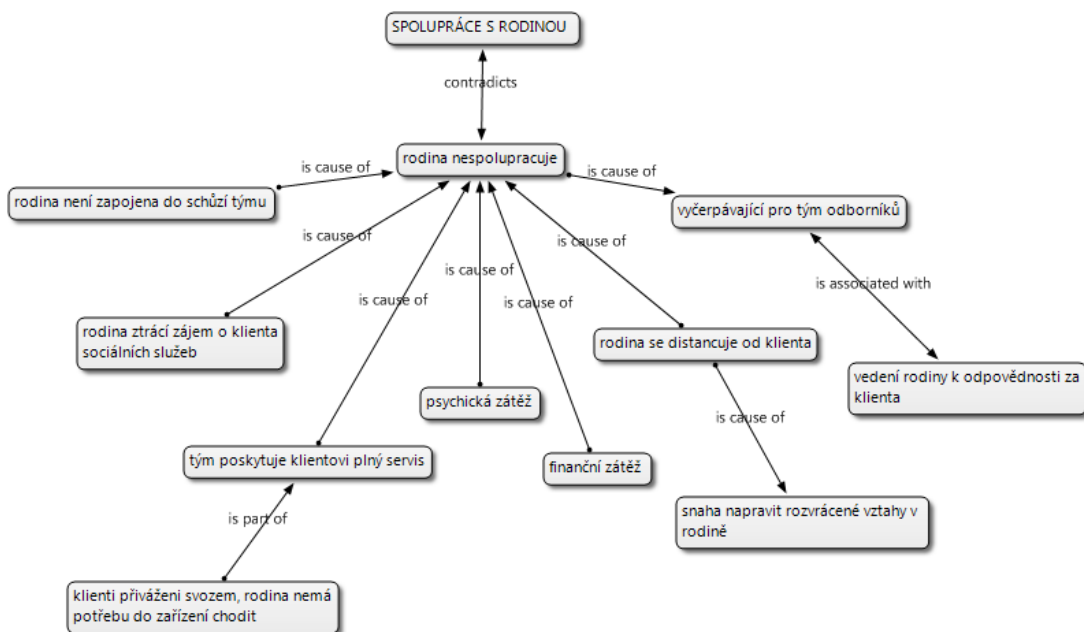
Zdroj: vlastní

Některé rodiny s organizacemi nespolupracují vůbec. Hlavní důvody můžeme vidět na obrázku č. 15. Podrobněji jsou popsány také zde:

- rodina se distancuje od klienta,
- rodina ztrácí zájem o klienta sociálních služeb:

Ty rodiny řeknou, že tady máte toho seniora a teď se starejte vy a naši práci je taky říct, že je to pořád vaše matka, je to pořád vaše babička, pořád to takto zůstává, i když změní pobyt a je tady v domově. A my se můžeme postavit na hlavu v tý péči, ale pokud ta rodina nefunguje, tak to zkrátka není úplně ideální (organizace D).

- psychická zátěž:
Rodiny vůbec nechtějí spolupracovat, nebo když už spolupracují, tak nedostatečně, je to pro ně velká zátěž (organizace E).
- finanční zátěž,
- tým poskytuje plný servis, rodina necítí potřebu zasahovat do péče:
A další faktor to, že paradoxně, jak tu fungují všechny složky tak, jak by měly, že dítě je po logopedii, ergoterapii, fyzioterapii apod., že využívá tenhle v uvozovkách servis, trošku to vede k tomu, že jako rodič nemáte tolik potřeby nebo energie dál něco dělat, protože tohle pro vás všechno někdo zařídí (organizace C).
- rodina není zapojena do schůzí týmu.



Obrázek 15: Nespolupracující rodina

Zdroj: vlastní

Nespolupracující rodina je podle organizace C pro celý tým velice vyčerpávající: *Ne vždycky rodiče přijdou, když se domluvíte, vy je uháníte. To je taky taková věc, která je trochu vyčerpávající. Říkáte si, bejt na jeho místě, jsou to rodiče, měli by se starat. Proto se sociální pracovníci snaží rozvrácené vztahy v rodině napravit. Příklad uvádí organizace A: Nejsme tam od toho, abychom zajišťovali péči za tu rodinu. My jsme dopomoc, takže se snažím, aby tam zodpovědnost zůstala, snažíme se to tam nakombinovat, aby ta péče byla i na rodině.*

4.3 Nastavení harmonogramu týmové spolupráce

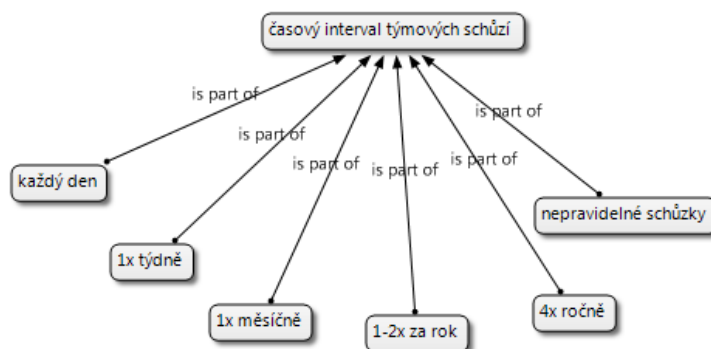
Na začátku multidisciplinární péče by měl být jasně stanovený plán spolupráce. Spolupráce v organizacích probíhá nejčastěji na základě sestaveného individuálního plánu s klientem. Tohoto plánování by se měl účastnit klient, jeho rodina a sociální pracovník, kteří sepíší klientovy potřeby a přání, a podle toho se následně zapojí další odborníci, kteří společně sestaví rehabilitační plán. Rodina se většinou individuálního plánování účastní, občas ale bez větší intervence klienta: *Když plánujeme individuální plán, tak k nám rodina přijde a pomůže, protože klienti třeba nechtějí mluvit s námi, protože nás neznají, tak to jde přes rodinu* (organizace B).

V některých organizacích fungují tzv. klíčoví pracovníci, kteří mají tyto plány na starosti: *V sociálních službách podle zákona musí mít každý člověk odpovědného zaměstnance, který bdí nad jeho potřebama, to je tzv. klíčový pracovník. A tento pracovník by měl nějakým způsobem koordinovat péči o klienta* (organizace D). Ačkoli by individuální plánování s klientem mělo být v rukou sociálních pracovníků, v organizacích tyto plány sestavují i jiní odborníci: *Jsou tu i ergoterapeutky, ty nám řeknou třeba co je špatně, co by se mělo dělat. Z toho vždycky vycházíme, protože mají promakaný individuální plány a jsou s klientama častěji* (organizace B). Narážíme zde opět na bariéru, že sociálnímu pracovníkovi na zpracování těchto plánů nezbývá čas: *Ted' často chodí i klíčoví pracovníci, protože si neví rady s individuálníma plánama a tak dále, i když ted' tou novelizací už to bude mít sociální pracovník v povinnosti pracovní, i když teda nevím kam se to vejde, to prostě nevím* (organizace D). Organizace I upozorňuje na nedostatek sociálních pracovníků v týmu: *No a pak taky dostatek sociálních pracovníků. Ideální je, když je dostatek sociálek, aby opravdu pomáhaly dělat ty individuální plány, zjišťovaly tu historii těch klientů a vědělo se opravdu, proč se budí, proč tu chodí čůrat a kakat všude a tak podobně. Mít víc sociálek, aby byla péče o to kvalitnější.*

Vzhledem k tomu, že v rámci rehabilitace může a často dochází ke změně stavu klienta, je potřeba individuální plány průběžně procházet, doplňovat a pozměňovat, aby byly stále aktuální. Tyto revize probíhají v organizaci A: *Máme jako výstupy z těch individuálních plánů, který se pořád aktualizují podle potřeb klienta a tak.*

Aby mohl multidisciplinární tým správně fungovat, je důležité, aby jednotliví odborníci mezi sebou komunikovali. Týmové schůze jsou tedy základním kamenem pro

kvalitní multidisciplinární spolupráci. Na obrázku č. 16 můžeme vidět, v jakém časovém intervalu schůze týmu v organizacích probíhají.



Obrázek 16: Časový interval týmových schůzí
Zdroj: vlastní

4.4 Funkce koordinátora týmu

Aby mohla koordinovaná rehabilitace fungovat, je zapotřebí, aby spolupráci někdo řídil a koordinoval. Plánování a vedení týmové spolupráce bývá v kompetencích tzv. case managera, který je zodpovědný za kvalitní a plynulé poskytování multidisciplinární péče. Strossová a Kurtinová (2016) uvádí, že se jím většinou stává sociální pracovník. V praxi tomu však tak nebývá, a to především pro časovou vytíženost sociálních pracovníků.

Odborníci, kteří se stávají koordinátory týmu v sociálních službách, jsou znázorněny na obrázku č. 17. Bývá jím sociální pracovník, lékař, všeobecná sestra, ředitel zařízení nebo klíčový pracovník.

Z rozhovorů také vyplývá, že sociální služby mívají více koordinátorů poskytované péče, tzn., že v organizaci není pouze jeden case manager, který by koordinoval celý tým, ale různí odborníci koordinují péči jiné v jiné složce rehabilitace:

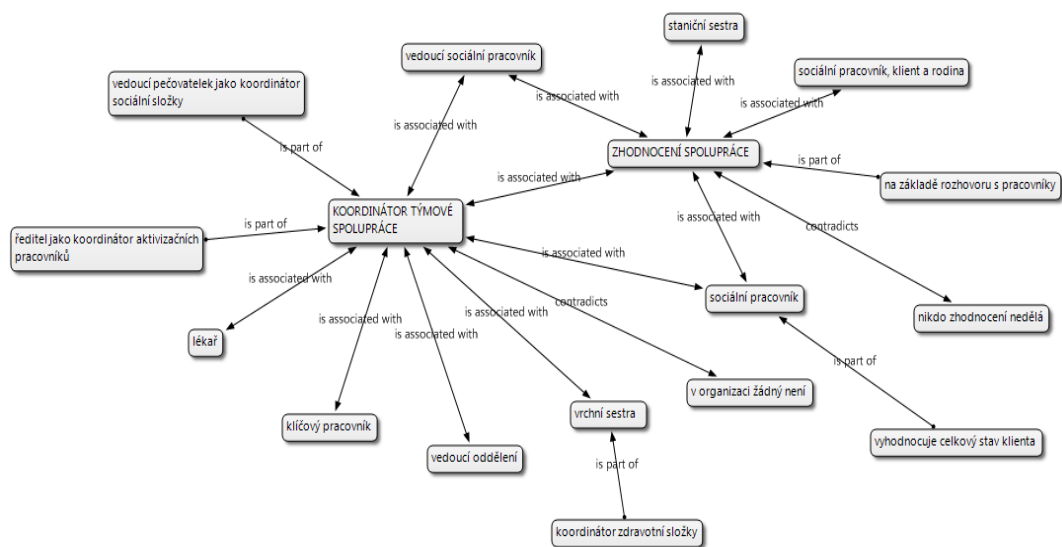
Vrchní sestra, ta má na starosti ale jen tu zdravotní složku. Na pečovatelskou je pak tady přímo paní – vedoucí pečovatelek, takže ta má na starosti ty pečovatelky. A pak je tady vedoucí zdravotního úseku, pod ní spadají právě sestřičky, fyzió. A aktivizační myslím, že spadají pod šéfa, takže ředitel (organizace G).

My to máme tak, že vrchní sestra, ta koordinuje ty zdravotňáky a nás zase koordinuje vedoucí sociálního úseku. Pak to celý koordinuje ředitelka (organizace H).

Organizace J uvádí, že v organizaci spolupráci nikdo neřídí a nekoordinuje: *My se tak jako sejdeme, zdravotní sestry, pečovatelky, sociální pracovníci, asistenti nebo ti z té druhé organizace, no ale nikdo to nekoordinuje* (organizace J).

Zhodnocení efektivity spolupráce týmu a evaluaci dosažených výsledků a cílů klienta dělá sociální pracovník, staniční sestra nebo péči zhodnocují všichni členové týmu na základě posouzení zdravotního stavu klienta. V organizaci I hodnotí péči sociální pracovník ve spolupráci s klientem a jeho rodinou: *Když nám člověk skončí, tak si to jako zhodnotíme, ale v tomto kolosu by se to mělo dělat asi ještě trochu jinak, ale snažíme se. Ale oni to mají dělat pracovníci v sociálních službách, ale ty to nejsou schopný. Tak to dělá sociální pracovník a dělá to klient a rodina.*

Můžeme se setkat i s organizacemi, kde zhodnocení spolupráce neprobíhá: *To asi neděláme. Máme jako výstupy z těch individuálních plánů, který se pořád aktualizují podle potřeb klienta a tak, ale že bysme si sedli a hodnotili, jaké to bylo, na to není čas* (organizace A).



Obrázek 17: Koordinátor týmové spolupráce
Zdroj: vlastní

4.5 Legislativa a financování koordinované rehabilitace

Financování koordinované rehabilitace je podle sociálních pracovníků velký problém: *U těch odborníků stojíme hodně na tom, že je to o penězích, a že je jich především málo* (organizace C). Stejného názoru je i sociální pracovníce z organizace I: *Když máte 40 lidí na patře a mají málo peněz, tak jak to můžou dělat.* Organizace K cítí potřebnost multidisciplinární péče u klientů po poškození mozku

v jejich přirozeném prostředí, ale uvádí, že financování je velkou bariérou, protože *Jihočeský kraj to terénní poradenství nepodporuje* (organizace K).

Problém je vnímán především v chybějící legislativě, která by jasně stanovila pravidla a podmínky pro koordinovanou rehabilitaci, stejně tak pro její financování. Na tento problém poukazuje organizace A: *My jsme tady vlastně 2 sekce, jedna pečovatelská a druhá zdravotnická. Problém je v tom, že každá spadá pod jiné ministerstvo. My pod MPSV a ošetřovatelská pod MZ. U nás si klient péči hradí, u nich to jde přes zdravotní pojišťovnu, tzn., že když klient zavolá mně a řekne: „potřeboval bych nákupy a taky převazovat nohu“. Takže já řeknu, že ano, ten nákup vám zajistíme, ale musíte si to zaplatit a dám vám kontakt na sestřičku a s ní si domluvíte tu nohu. Je tam demotivace klientů využívat ty sociální věci* (organizace A). Stejný problém vnímá i organizace J: *Ale zas jako, když od nás vzejde návrh na nějakou službu a ta služba je zadarmo, tak většinou není problém, ale když je pak ta služba hrazená, tak tam už většinou narážej, že si to promyslej a nechtěj kvůli tý finanční stránce.*

Podle sociálních pracovníků by mohlo legislativní ukotvení koordinované rehabilitace vyřešit kromě financování také další problémy, které se k multidisciplinární spolupráci vážou. Jde například o jasné stanovení kompetencí každého člena týmu, neboť se sociální pracovníci často potýkají s odborníky, kteří nejsou ochotni spolupracovat: *Pokud bysme si každý hrál na svém písečku, tak ta péče nemůže být komplexní a ten člověk, to bude zkrátka ode zdi ke zdi. Někdy se potkáte s člověkem, kterej si může jet nějakou svoji lajnu, aniž by informoval okolo lidí a pak může dojít k nějakým excesům* (organizace D). *Když jeden tvrdí, že na to nemají kapacitu a nemůžou to vzít a my kolikrát vidíme, že ta kapacita tam je, ale není tam ochota* (organizace J). Další bariérou spolupráce, která by mohla být vyřešena legislativním ukotvením a zafinancováním koordinované rehabilitace, je časová a organizační náročnost: *Negativum je i to, domluvit nějaký termín, aby vyhovoval úplně všem. Takže to musíme dělat hodně s předstihem, a i pak se třeba stane, že někdo nemůže, protože se stane něco, co člověk neovlivní* (organizace C).

Potřebnost zákonného ukotvení koordinované rehabilitace vnímají sociální pracovníci především v nespočtu výhod, které s sebou poskytování multidisciplinární péče přináší. Pozitivum vidí zejména ve spolupráci různých odborníků, kteří disponují různými znalostmi a dovednostmi a mohou tak společnými silami klientovi naplánovat komplexní rehabilitaci: *Lepší přístup ke klientovi, snáz se zajistí jeho potřeby, protože každý máme něco, co můžeme vyřídít a vzít z toho svého, a když se to dá dohromady, tak*

se z toho dá docela nějak vycházet potom no (organizace F). Podle organizace A by se rozdělila administrativní zátěž mezi více odborníků, což by mělo pozitivní dopad na časovou náročnost poskytované péče: *Určitě by to bylo fajn, že bysme si to hlídali třeba navzájem, jenom z té legislativy. Tak pokud vás je víc, můžete si to rozdělit, připomenout si to. Jak jsme v terénu, tak taky to mi zabere hodně času, než to sepíšu. Pak jak se dělá to vyúčtování na začátku a na konci měsíce, tak že by vám někdo vypomohl s tím vyúčtováním, nebo u standardů, když se dělá aktualizace.* Mohla by být vyřešena také problematika organizace práce: *Lepší informace díky komunikaci, pro spolupráci těch lidí to je důležitý, protože pak nevíme, co se děje, jestli tam můžou dělat rehabilitaci, nemůžou, abych věděla, jestli příští den tam budou, nebudou, jsou tu různé aktivity jako kavárna nebo jezdí na výlety, tak i pro tu organizaci práce to je pro nás důležitý* (organizace G). Dalším pozitivem koordinované rehabilitace je předávání kompletních informací o klientech z očí do očí: *Je dobrý, že si ty lidi můžou říct co a jak u každého klienta, nemusí se to hledat v systému, když to tam polovina lidí nepíše. Jsou to ty informace* (organizace E). Velkou výhodou a hlavním cílem koordinované rehabilitace je, že má pozitivní dopad na klienta: *Tak určitě je strašně důležitý, že vidí, že je tu, já nevím, 6 lidí, kteří se zajímají, co s ním bude dál. Protože samozřejmě bohužel ty jejich sociální vztahy a vazby jsou nejčastěji jen v rodině a u nás, ale že by měli podporu někde jinde, to bohužel moc nemají. Takže i získání sebevědomí v tom, aby si více věřili, více se uměli rozhodovat v různých věcech, v tom je to taky důležitý* (organizace C). *Právě ten klient je to gró, to, proč to děláme a spolupráce týmu mu může maximálně pomoci, než když by jel každý jen na sebe* (organizace D).

4. 6 Návrh na zefektivnění realizace koordinované rehabilitace v sociálních službách

Při analýze rozhovorů se sociálními pracovníky jsem objevila prostor pro zlepšení koordinované rehabilitace v organizacích pracujících s osobami po získaném poškození mozku.

Je žádoucí, aby každá organizace nabízela odborníky ze všech prostředků koordinované rehabilitace. Jde především o sociálního pracovníka, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, logopeda, lékaře. Tito odborníci jsou pro osoby po získaném poškození mozku nepostradatelní, proto je důležité, nabízet jejich pomoc přímo v rámci sociální služby nebo mít vytvořenou sociální síť, tzn. mít sjednanou úzkou spolupráci s externími odborníky a své klienty na ně odkazovat – viz obrázek č. 18. Pro začlenění

klienta zpět do společnosti a pro dosažení co nejvyšší kvality jeho života, je také dle Jankovského (2006) a Emmerové (2012) důležité, aby byl do týmu zahrnut odborník z volnočasové a psychosociální rehabilitace. Volnočasová rehabilitace přináší pacientovi dle autorky (2012) další pocity seberealizace, psychosociální rehabilitace se opírá především o komunikaci, povzbuzování a pochvalu ve vztahu k pacientovi, ale i celé jeho pečující rodině. Je zde tedy na místě úzká spolupráce s psychologem a aktivizačním pracovníkem, popř. jiným pracovníkem, který bude vyškolen v rámci některé specifické terapie, která bude klienta rozvíjet (např. animoterapeut, muzikoterapeut, arteterapeut).

Podstatné je, aby sociální pracovníci organizací byli v kontaktu s nemocnicemi, odkud často osoby po poškození mozku odchází bez informací o další návazné péči. Toto opatření může vést k včasnému zahájení koordinované rehabilitace a může být klíčovým bodem ve zlepšení stavu klienta.



Obrázek 18: Sociální síť odborníků
Zdroj: vlastní

Dále je navrženo, mít ve svém týmu tzv. **case managera**. Tuto funkci by měl mít vystudovaný sociální pracovník, jehož úkolem bude tvořit individuální plány s klientem a jeho rodinou, tyto plány průběžně revidovat, podle zjištěných potřeb domlouvat návaznou spolupráci s dalšími odborníky, plánovat schůze týmu, vést elektronické evidence o průběhu rehabilitace u každého klienta, hodnotit jednak spolupráci odborníků, ale i efektivnost celé rehabilitace. Tento pracovník by měl také plánovat supervizní setkání, která jsou v pomáhajících profesích nepostradatelná. Z výše zmíněného opatření plynou následující výhody:

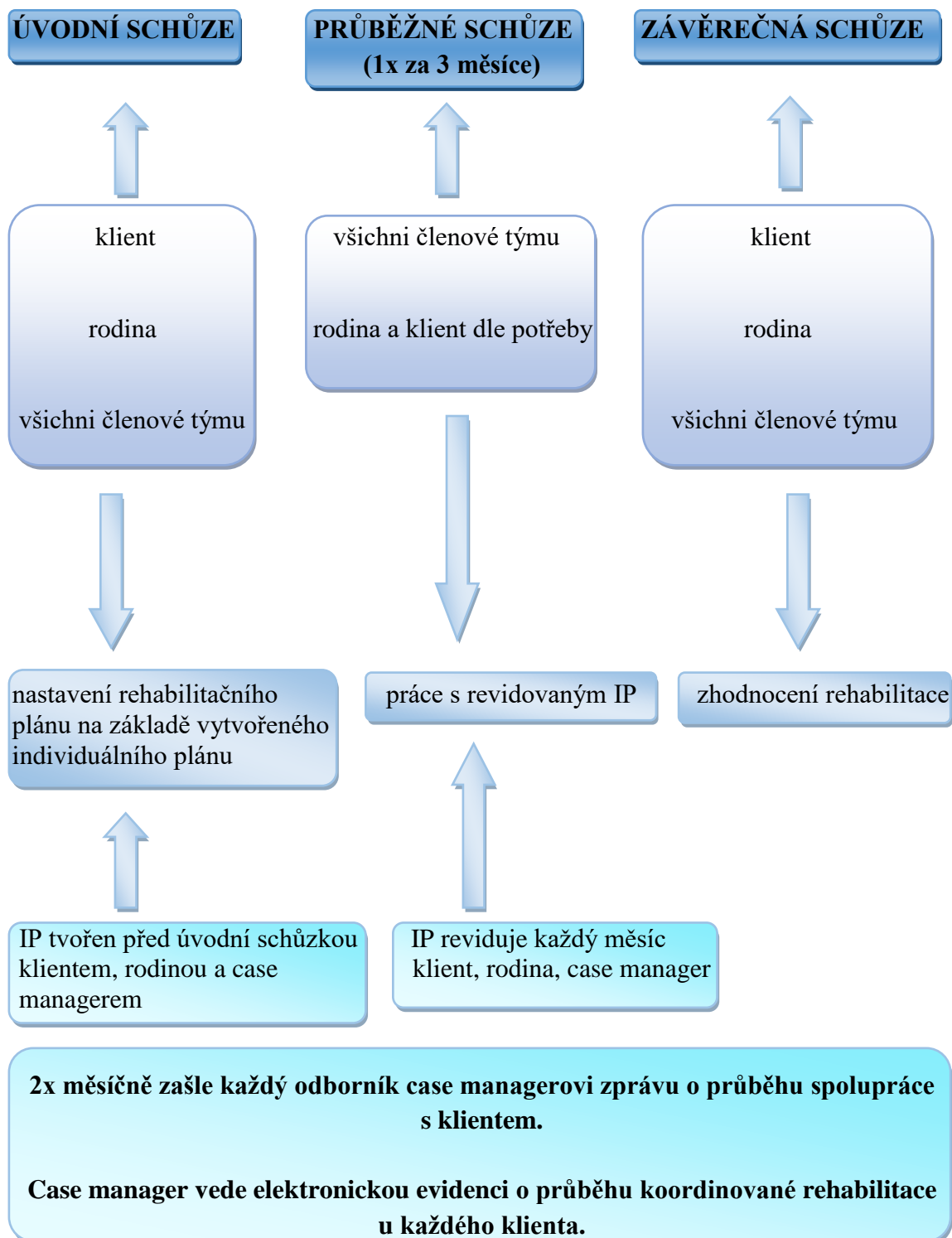
- ostatní sociální pracovníci budou mít méně obsáhlou náplň práce a zbude jim více času na přímou práci s klienty,

- spolupráce týmu bude koordinovaná,
- péče odborníků bude návazná a provázaná,
- klient dostane komplexní péči, kterou jeho postižení vyžaduje,
- předávání informací bude pravidelné na týmových schůzích,
- bude docházet k revizi individuálních plánů podle aktuálních potřeb klienta a jeho rodiny,
- bude vedena elektronická evidence k nahlédnutí na průběh rehabilitace u klienta,
- budou plánovány pravidelné supervize,
- bude vyhotoveno zhodnocení celého rehabilitačního procesu a tím i ověřitelnost efektivnosti rehabilitace.

Pro fungování koordinované rehabilitace je podstatná spolupráce celého týmu. Tato spolupráce by měla probíhat na multidisciplinárních schůzích, kterých se bude účastnit každý odborník zapojený do řešení konkrétního případu. Bylo by vhodné, aby tyto schůze probíhaly vždy na začátku spolupráce s klientem, na jeho konci a v průběhu – minimálně 1x za 3 měsíce. Klienti po poškození mozku se mohou neustále zlepšovat, jejich stav se může průběžně měnit a je proto důležité, aby se tým scházel častěji, než by tomu mohlo být například u jiné cílové skupiny. Úvodní schůze by měla být věnována nastavení rehabilitačního plánu. Základem těchto rehabilitačních plánů by měl být individuální plán vytvořený klientem, jeho rodinou a case managerem ještě před samotnou týmovou schůzí. Na průběžných schůzích by se mělo pracovat s revidovanými individuálními plány, měly by se zde řešit změny u klienta, jeho nové potřeby a přání. Revize individuálních plánů by se měly dělat minimálně každý měsíc, popřípadě podle potřeby klienta. Závěrečné ukončovací schůze by potom sloužily k zhodnocení celé rehabilitace, jejího průběhu a dosažených výsledků. Klient a rodina by se měli účastnit minimálně úvodní a poslední schůze týmu, pak samozřejmě každé změny individuálního plánu.

Informace o průběhu rehabilitace by měl každý odborník zaslat alespoň 2x měsíčně case managerovi, který bude vést elektronickou evidenci každého klienta, ke které budou mít přístup všichni zainteresovaní odborníci. Každý klient by měl mít tedy svoji elektronickou složku, kde bude popsán průběh rehabilitace, ale i závěrečné zhodnocení spolupráce. Na obrázku č. 19 je zobrazen návrh na spolupráci multidisciplinárního týmu.

SPOLUPRÁCE TÝMU



Obrázek 19: Návrh na spolupráci týmu
Zdroj: vlastní

Aby koordinovaná rehabilitace fungovala, musí být jednotliví odborníci proškoleni a seznámeni se svojí rolí v týmu. Důležité je, aby znali svou náplň práce, smysl, účel a hlavní cíl rehabilitace. Školení by mělo členy týmu seznámit se základními principy rehabilitace, které popisuje Zahradková (2005):

- rovnoprávné postavení členů týmu,
- vymezení rolí a odpovědnosti členů,
- všemi respektovaná vlastní pravidla,
- úsilí o dosažení společného cíle,
- efektivní komunikace a účelné řešení konfliktů,
- důvěra a otevřenost.

5 DISKUZE

V diplomové práci jsem se snažila nahlédnout do problematiky koordinované multidisciplinární spolupráce odborníků působících v sociálních službách, které poskytují pomoc a péči osobám po získaném poškození mozku.

Ačkoli laická, ale často i odborná veřejnost vnímá pojem rehabilitace jako určitou zdravotnickou aktivitu, Jankovský (2006) zdůrazňuje, že jde o interdisciplinární obor, který kromě zdravotnické péče zahrnuje také péči sociálně-právní, pedagogicko-psychologickou, a pracovní. Koordinovanost a provázanost je důležitá jednak pro osobu se zdravotním postižením, stejně tak ve svém důsledku i pro stát a celou společnost (Jankovský et al., 2005). Výhody, které multidisciplinární spolupráce přináší, si ovšem klienti často neuvědomují. Svě o tom ví organizace *J: Někdy si tu něco ukujeme a klient o to stejně nestojí, takže to je jak kdy, ale aspoň je ten pocit, že se člověk snaží pomoc.*

Výsledky výzkumu ukazují, že týmová spolupráce různých odborníků pracujících v duchu koordinované rehabilitace je v sociálních službách nedostatečná. Ačkoli má být rehabilitace komplexní proces, pomocí kterého se snaží osoba se zdravotním postižením dosáhnout co nejvyšší možné míry samostatnosti, a díky kterému může časem uplatnit své tělesné, duševní, sociální a profesní schopnosti a dosáhnout plného začlenění se do života společnosti (Pfeiffer, Švestková, 2008), v praxi nám chybí jednotlivé komponenty, díky kterým by bylo možné tohoto ideálního stavu dosáhnout.

V rámci léčebné rehabilitace se v organizacích setkáváme s nedostatkem odborného personálu. Tyto léčebné prostředky se uplatňují dle Bruhansové a Jeřábkové (2012) především v nemocniční lůžkové péči, ovšem, jak je patrné z výsledků výzkumu, v návazných sociálních službách často chybí. Setkáváme se především s nedostatkem fyzioterapeutů a ergoterapeutů. Překvapilo mě, že fyzioterapeuti bývají nahrazeni všeobecnými sestrami a pracovníky v sociálních službách, kteří provádí terapii bez potřebné kvalifikace. Přitom, jak uvádí Powell (2010), díky soustavné péči fyzioterapeutů po propuštění pacienta z nemocnice, může dojít k obnově celkové mobility, ke zlepšení koordinace pohybů tak, aby mohl člověk sedět, chodit, stát a používat jemnou motoriku takovým způsobem, jako tomu bylo před poškozením mozku. Nepostradatelná je také návazná péče ergoterapeutů, jejichž role u nás není plně doceněná (Votava, 2011). Právě proto často ergoterapeuti v organizacích chybí a jsou nahrazeni tzv. aktivizačními pracovníky, kteří dělají s klienty různé aktivizační činnosti – vyrábí výzdobu, pletou, vaří, trénují paměť, nejde však o ergoterapii jako

takovou. Organizace B například uvádí, že jejich ergoterapeutka *pomáhá s krmením nebo podáváním jídla a potom už má na starosti individuální plány, což souvisí s pánskými a dámskými kluby, nebo když je někdo nemocný, tak třeba klientům předčítá, pak třeba i v jídelně přednáší, hrajou různé kvízy*. Práce ergoterapeuta by ale měla dle Krivošíkové (2011) spočívat ve využívání specifických reedukačních metod, aby klient dosáhnul maximální soběstačnosti a nezávislosti v jeho přirozeném prostředí. Důležitost návazné péče ergoterapeuta a fyzioterapeuta vyzdvihuje také Votava (2004), který tvrdí, že po propuštění pacienta do domácího prostředí je důležité s cvičením pokračovat a obrátit se na vyškoleného ergoterapeuta, který pomůže navrhnout vhodné pomůcky, popřípadě poradí s odstraněním bariér a možnou úpravou domácího prostředí. Ačkoli by nemělo v organizacích docházet k záměně ergoterapeutů za aktivizační pracovníky, tito pracovníci mají v rehabilitaci také svoji opodstatněnou roli. Jankovský (2006) a Emmerová (2012) hovoří o volnočasové a psychosociální rehabilitaci, které jsou doplňkem všech ostatních prostředků rehabilitace a měly by klientovi přinést pocity seberealizace a sebedůvěry.

Výzkum Janečkové ed. (2009) poukazuje na fakt, že poranění mozku nezanechává pouze izolované deficity, jako například tělesné znevýhodnění, ale jde o komplexní postižení. Na řadu tedy přichází sociální prostředky rehabilitace. V sociálních službách působí v rámci sociálních prostředků rehabilitace sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách. Sociální pracovníci pak dále spolupracují se sociálními odbory příslušných institucí. Vzájemná spolupráce je nezbytná především při vyřizování příspěvků a dávek sociálního zabezpečení klientům daných sociálních služeb, v případech opatrovnictví apod. Jankovský (2005), Bruthansová a Jeřábková (2012) uvádí, že v této fázi se uplatňuje metoda reedukace (rozvoj zbytkových schopností jedince), kompenzace (náhrada postižené funkce jinou nepoškozenou funkcí) a akceptace (přijetí života s postižením). Výsledky výzkumu však ukazují na velkou časovou vytíženost sociálních pracovníků, kteří jsou zahlceni administrativními záležitostmi, a na přímou práci s klienty jim už nezbývá čas. Jak říká sociální pracovnice z organizace F: *Nabaluje se pořád administrativa. Čím dál tím méně času jít za téma lidma a třeba si s nima popovídat. Všechno se zapisujete*. Sociální pracovník se potom často cítí být spíše administrativním pracovníkem než kýmkoli jiným. Organizace D dokonce vnímá sociálního pracovníka jako osobu, která sama zastane téměř celý multidisciplinární tým: *Já jsem říkala, že ten sociální pracovník je takovej multifunkční tým, kterej se schová za sociálního pracovníka, účtaře, právníka,*

psychologa, zkrátka těch rovin tam je strašně moc. Strossová a Kurtinová (2016) uvádí, že sociální pracovník často koordinuje poskytování péče a bývá proto určen právě case managerem týmu, to je ale podle výpovědí sociálních pracovníků, právě kvůli široké a obsáhlé náplni práce a nedostatku času, nemožné.

Nabídka pedagogické péče, popřípadě zprostředkování kontaktu na odborníky působící v rámci pedagogických prostředků rehabilitace, jsou v sociálních službách nedostatečné. Tyto prostředky veřejnost vnímá ve spojitosti s povinnou školní docházkou a s dalšími možnostmi profesního vzdělávání. V rozporu s tímto tvrzením je však Bruthansová s Jeřábkovou (2012) a Jankovský (2014), kteří tvrdí, že výchova (edukace) hraje důležitou roli při socializaci člověka, proto bychom ji neměli vnímat pouze jako aktivitu, která se váže k dětství, ale jako permanentní celoživotní proces. Potřebným, ale chybějícím článkem v sociálních službách, které poskytují péči osobám po získaném poškození mozku, je logoped. Z 12 dotazovaných organizací ho nalezneme pouze v jednom zařízení a v jedné organizaci probíhá spolupráce s externím logopedem. Ostatní organizace neshledávají logopedickou péči za potřebnou: *Jako myslíte si, že paní doktorka řekne tak, a ještě by to chtělo logopeda a já nevím co všechno a psychologa a psychiatra a tydlencty ostatní páni doktoři? Jo? No, tak to teda ne. To opravdu ne, no. Hlavně jako jsou tady starý lidi, nemocný, že jo. Tam už vůbec jako. Má smysl prodlužovat jejich život, když už jsou po mrtvici?* (organizace I). Výzkum Lippertové-Grünerové z roku 2005 však logopedickou péči u osob po poškození mozku vyzdvihuje, neboť tito jedinci často trpí řečovými vadami, mluva není plynulá, člověk se zadržává a má problém s výslovností. Alarmující výsledky vyšly ve výzkumu Neubauerové et al. (2012), která zjistila, že ačkoli 50 % respondentů má po poranění mozku problémy se čtením, psaním a počítáním, pouze 2 % z nich obdržela rehabilitaci těchto funkcí se speciálním pedagogem. Vzhledem k nedostatečné nabídce logopedické péče v organizacích, zůstává tento problém na rodině, která si musí vyhledat informace o možnostech a nabídce pedagogických prostředků rehabilitace sama.

U osob po poškození mozku je pedagogická rehabilitace úzce spojena s rehabilitací pracovní, kde je cílem získání vyššího stupně vzdělání nebo různých rekvalifikací a kvalifikací (Pokorná, 2013). Sociální pracovníci vnímají potřebu podpory těchto osob při výběru a hledání vhodného zaměstnání. Důležité je poskytnutí informací, na jaké instituce a sociální služby se mohou klienti při hledání nového zaměstnání obrátit. Sociální služby však na tyto potřeby nedokáží adekvátně reagovat, jelikož velkou část jejich klientů tvoří senioři nebo jinak znevýhodněné osoby, se kterými se již nepočítá,

že by se do pracovního procesu chtěli nebo mohli opět navrátit. S tímto názorem se ztotožňuje organizace I: *Nám tady umírají lidi a je to normální, ve stáří se umírá. A nemá cenu si tady hrát na nějaký rehabilitace a podobný, protože ten člověk z toho nic nemá.* Možná právě díky tomuto přesvědčení se nezaměstnanost u osob po těžkém poškození mozku pohybuje v rozmezí 60 až 90 % (Janečková, Žilová a Radochová (eds.), 2011). Pouze jediná organizace z dvanácti dotazovaných nabízí sociálně terapeutické dílny, které jsou upraveny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, a jejichž účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.

Aby byla multidisciplinární spolupráce efektivní, musíme na klienta nahlížet ve všech jeho sférách. Docílit toho můžeme, budeme-li s ním pracovat v rámci holistického přístupu (Jankovský, 2014). Důležitá proto je spolupráce několika odborníků z různých složek rehabilitace na jednom případě. V některých organizacích spolupráce týmu však nefunguje. Důvody nespolupracujícího týmu se shodovaly s mým očekáváním. Sociální pracovníci hovoří o nedostatku odborníků v organizaci: *No, takže nedostatek personálu, kvalitního personálu* (organizace I) a o časové náročnosti spolupráce: *Sežere to strašně moc času* (organizace C). Překvapilo mě, že některé organizace necítí potřebu spolupracovat s jinými odborníky: *I když mám tady kontakty taky, ale nikdy jsem je nepoužila, ani jsem se vlastně nikde neptala, jestli by s náma spolupracovali, kdyby bylo potřeba. Ani jsem to jako nikdy neměla pocit, že potřebuju, nebo jsem to nikdy nevěděla, nikdy jsem to nezjišťovala* (organizace J). Ačkoli sociální pracovníci nepřikládají multidisciplinární spolupráci velký význam, výzkum Benders et al. (2016) jasně dokazuje pozitivní výsledky koordinované rehabilitace – u jedinců, kde probíhala koordinovaná rehabilitace, dosáhlo svých cílů 61 %, u těch, u kterých probíhala běžná léčba, dosáhlo svých cílů pouze 21 %.

Pro kvalitní a efektivní spolupráci týmu je dle mého názoru potřeba, aby spolupráci někdo řídil a koordinoval. Plánování a vedení týmové spolupráce bývá v kompetencích tzv. case managera, který je zodpovědný za kvalitní a plynulé poskytování multidisciplinární péče. Strossová a Kurtinová (2016) uvádí, že se jím většinou stává sociální pracovník, který je však, jak jsem zmiňovala výše, zahlcen administrativními záležitostmi. Sociální pracovník by byl dle mého názoru vhodným kandidátem na koordinátora týmu, musel by být však v zařízení veden právě pod touto pozicí, aby mohl poslání koordinované rehabilitace plně a svědomitě naplňovat. V sociálních službách často žádný case manager nefunguje, potvrzuje to sociální pracovnice

z organizace J: *My se tak jako sejdeme, zdravotní sestry, pečovatelky, sociální pracovníci, asistenti nebo ti z té druhé organizace, no ale nikdo to nekoordinuje* (organizace J). Case manager by měl koordinovat celý tým, tedy všechny odborníky z různých složek rehabilitace, které do konkrétního případu vstupují. Podle Stuchlíka (2001) je tento člověk klíčovou osobou pro klienta, ale také pro celý multidisciplinární tým, kde koordinuje celý systém poskytované péče, zodpovídá za vytvoření individuálních plánů, které průběžně monitoruje a ve spolupráci s klientem aktualizuje, někdy také rozhoduje o rozdělení finančních prostředků mezi odborníky. Toto tvrzení je v rozporu s výsledky výzkumu, z kterých vyplývá, že sociální služby mívají více koordinátorů poskytované péče, tzn., že v organizaci není pouze jeden case manager, který by koordinoval celý tým, ale různí odborníci koordinují péči v jiné složce rehabilitace: *Vrchní sestra, ta má na starosti ale jen tu zdravotní složku. Na pečovatelskou je pak tady přímo paní – vedoucí pečovatelek, takže ta má na starosti ty pečovatelky. A pak je tady vedoucí zdravotního úseku, pod ní spadají právě sestřičky, fyzio. A aktivizační myslím, že spadají pod šéfa, takže ředitel* (organizace G). Mít ve svém týmu case managera, který bude koordinovat rehabilitační tým, přináší dle mého názoru nespočet výhod. Jeho náplní práce by bylo, jak navrhuji již v kapitole 4.6, tvořit individuální plány s klientem a jeho rodinou, tyto plány průběžně revidovat, podle zjištěných potřeb domlouvat návaznou spolupráci s dalšími odborníky, plánovat schůze týmu, vést elektronické evidence o průběhu rehabilitace u každého klienta, hodnotit jednak spolupráci odborníků, ale i efektivnost celé rehabilitace.

Aby mohl multidisciplinární tým správně fungovat, je důležité, aby mezi sebou jednotliví odborníci komunikovali. S tím souhlasí Zahradková (2005), která tvrdí, že klíčovým aspektem efektivní spolupráce je právě komunikace. Za podstatné shledávám, aby se tým odborníků pravidelně setkával a společně řešil rehabilitační cíle konkrétních klientů. Navrhuji, aby v organizacích probíhaly úvodní schůze, kterých se bude účastnit klient, jeho rodina a celý rehabilitační tým. Na těchto schůzích by se řešil rehabilitační plán spolupráce, který by vycházel z dříve sestaveného individuálního plánu klienta. Další schůze by měly probíhat minimálně 1x za 3 měsíce, kde by se měly řešit nové možnosti, přání a potřeby klienta. Při ukončení spolupráce s klientem by měla proběhnout závěrečná schůze týmu. Zde by bylo vhodné zhodnotit dosažené výsledky rehabilitace a spolupráci celého týmu. V sociálních službách se příliš s těmito schůzkami nesetkáváme, nacházíme zde spíše porady, které probíhají pouze v jednotlivých složkách rehabilitace: *No, moc nekomunikujeme mezi sebou zdravotní*

a sociální složka. Fyzioterapeuti komunikují se zdravotníma sestrama, s aktivizačníma pracovníkama, pečovatelkama. Že bysme se ale nějak scházeli nad případem, to ne (organizace G). Zajímavou kapitolou jsou i výstupy ze společného setkávání, které by měly být zpracovávány ve formě zápisů, a které by mohly následně sloužit k zhodnocení dané spolupráce a péče o klienta. Přínosem by pak bylo zjištění, jakým způsobem je koordinovaná rehabilitace a poskytovaná multidisciplinární péče kvalitní a efektivní. Zatím se ale setkáváme spíše s případy, kdy k zhodnocení spolupráce v organizacích nedochází: *To asi neděláme. Máme jako výstupy z těch individuálních plánů, který se pořád aktualizují podle potřeb klienta a tak, ale že bysme si sedli a hodnotili, jaké to bylo, na to není čas* (organizace A).

Zajímavé je zjištění, jakým způsobem sociální pracovníci vnímají supervize. Ačkoli mají supervize v pomáhajících profesích nezastupitelnou roli a podle Venglářové a kol. (2013) by se měly stát běžnou metodou profesního rozvoje a pomůckou pro vyrovnání se se zátěží, včetně té emoční, v mnou oslovených sociálních službách v Českých Budějovicích probíhají jen zřídka: *Já zastávám spíš ten názor, vyříkat si to z očí do očí, než to řešit na supervizi* (organizace F); *Supervize nemáme. Nemáme na to čas* (organizace J).

Je potřeba zdůraznit, že lidé po poškození mozku bývají často dezorientovaní, komunikace může být problémová, proto je důležité se zaměřit na rodinu pacienta, která se stává základní složkou uceleného systému rehabilitace (Janečková (ed.), 2009). Ačkoli Jankovský (2014) uvádí, že by rodina neměla stát stranou, týmových schůzí se ani klient ani jeho příbuzní v žádné z dotazovaných organizací neúčastní: *S rodinou schůze neděláme. Přijdou sem jen kvůli těm žádostem, ale nezmene si je sem, abychom řešili klienta nebo tak, to ne* (organizace H). Dle mého názoru by se měla rodina účastnit individuálního plánování s case managerem, každé jeho revize a pak úvodní a závěrečné schůze rehabilitačního týmu. Spolupráce s rodinou je významná především při naplňování klientových cílů. Sociální pracovníci se však v organizacích setkávají s různě spolupracujícími rodinami a někdy se stává, že rodina nechá klienta na pospas organizaci a do péče se nezapojuje: *Ty rodiny řeknou, že tady máte toho seniora a teď se starejte vy a naši práci je taky říct, že je to pořád vaše matka, je to pořád vaše babička, pořád to takto zůstává, i když změní pobyt a je tady v domově. A my se můžeme postavit na hlavu v tý péči, ale pokud ta rodina nefunguje tak to zkrátka není úplně ideální* (organizace D). Jankovský (2008) zdůrazňuje, že všichni profesionálové včetně rodinných příslušníků mají mít rovnocennou pozici. Toto tvrzení je v rozporu

s výsledky mého výzkumu, jelikož nespolupracující rodina, která nemá zájem o klienta, je pro tým velice vyčerpávající a sociální pracovník se tak stává, i přes svoji vyčerpání, mediátorem, který se pomyslně nachází nad klientem a jeho rodinou a snaží se rozvrácené vztahy v rodině napravit: *Nejsme tam od toho, abychom zajišťovali péči za tu rodinu. My jsme dopomoc, takže se snažím, aby tam zodpovědnost zůstala, snažíme se to tam nakombinovat, aby ta péče byla i na rodině* (organizace A). Souhlasím s názorem organizace C, která nachází drobné překážky také v poskytování komplexní koordinované rehabilitace, kdy je klientovi poskytován plný servis a rodina následně necítí potřebu do péče více zasahovat: *Paradoxně, jak tu fungují všechny složky, tak jak by měly, že dítě je po logopedii, ergoterapii, fyzioterapii apod., že využívá tenhle v uvozovkách servis, trošku to vede k tomu, že jako rodič nemáte tolik potřeby nebo energie dál něco dělat, protože tohle pro vás všechno někdo zařídí.*

Jsem přesvědčená, že týmová spolupráce s sebou přináší nespočet výhod. Pozitivum vidí sociální pracovníci zejména ve spolupráci různých odborníků, kteří disponují různými znalostmi a dovednostmi a mohou tak společnými silami klientovi naplánovat komplexní efektivní rehabilitaci: *Snáz se zajistí jeho potřeby, protože každý máme něco, co můžeme vyřídit a vzít z toho svého, a když se to dá dohromady, tak se z toho dá docela nějak vycházet potom no* (organizace F). Tuto myšlenku podporuje i Kopřiva (2006), který říká, že jednak odborné znalosti a dovednosti, ale i osobnost pracovníka v pomáhající profesi je hlavním nástrojem směřujícím ke kvalitní spolupráci.

Stejně tak, jak má týmová spolupráce klady, tak má i své zápory. Negativa, se kterými se pracovníci při spolupráci setkávají, se shodovala s mým očekáváním. Problém nastává jednak u odborníků individualistů, také z důvodu časové a organizační náročnosti spolupráce nebo kvůli neshodě v názorech a přístupech odborníků: *Je to práce s lidma, mezilidský vztahy, každé jsme jiné, každé jinak reagujeme. Zrovna tak ten druhý může mít jinou představu na určitou záležitost, tak to nemusí zrovna vždycky sednout. Takže je to to, co se týká mezilidských vztahů běžně* (organizace F). S tímto názorem se ztotožňuje i australská Národní komise pro duševní zdraví, která tvrdí, že je potřeba, aby měl tým společné cíle a hodnoty, ale také, aby jednotliví odborníci respektovali kompetence ostatních členů týmu, učili se od sebe navzájem a respektovali možné odlišné názory a perspektivy (Mental Health Commission, 2006). Michelová (2015) navíc zdůrazňuje, že by tito odborníci měli disponovat i jinými prvky, jako je například lidský přístup a empatie. Bariérou se podle sociálních pracovníků stává

i nedostatečné finanční ohodnocení, které nemotivuje tým ke kvalitní spolupráci: *Když máte 40 lidí na patře a mají málo peněz, tak jak to můžou dělat* (organizace I). V této oblasti shledávám největší problém. Pracovníci pomáhajících profesí mají kvůli své obsáhlé náplni práce a velkému počtu klientů nedostatek času, často je v organizaci navíc nedostatek odborníků, tudíž je potřeba spolupracovat i s jinými službami a klienty na tyto instituce odkazovat, jsou psychicky vyčerpaní, a ještě jsou neadekvátně finančně ohodnoceni. Na problematiku financování upozorňuje organizace A, která tento problém přisuzuje nesjednocené legislativě zdravotní a sociální složky: *My jsme tady vlastně 2 sekce, jedna pečovatelská a druhá zdravotnická. Problém je v tom, že každá spadá pod jiné ministerstvo. My pod MPSV a ošetrovatelská pod MZ. U nás si klient péči hradí, u nich to jde přes zdravotní pojišťovnu, tzn., že když klient zavolá mě a řekne: „potřeboval bych nákupy a taky převazovat nohu“. Takže já řeknu, že ano, ten nákup vám zajistíme, ale dám vám kontakt na sestřičku a s ní si domluvíte tu nohu. Je tam demotivace klientů využívat ty sociální věci.* Organizace J zastává stejný názor a poukazuje na demotivaci klientů využívat sociální prostředky rehabilitace z finančních důvodů: *Ale zas jako, když od nás vzejde návrh na nějakou službu a ta služba je zadarmo, tak většinou není problém, ale když je pak ta služba hrazená, tak tam už většinou narážej, že si to promyslej a nechtěj kvůli tý finanční stránce.* Proto si myslím, že by se měla vytvořit jednotná legislativa koordinované rehabilitace, kde by byla jasně stanovená pravidla pro poskytování komplexní multidisciplinární péče, včetně financování. Názor, který mě překvapil, uvedla organizace K: Jihočeský kraj to terénní poradenství nepodporuje. Toto tvrzení je v rozporu s přesvědčením Nedělníkové ed. (2008), která terénní poskytování péče vyzdvihuje, neboť se tato forma služby osvědčila jako účinný nástroj proti sociálnímu vyloučení klientů a jejich rodin z různých sociálních interakcí.

Osobně koordinovanou rehabilitaci považuji za pozitivní a účinný trend. Široká škála problémů, které s sebou poškození mozku přináší, vyžaduje multidisciplinární posouzení a komplexní koordinovanou péči. Ačkoli existují různá rehabilitační centra a neurologicko-rehabilitační stacionáře, které nabízí širokou škálu odborníků, pacienti je mohou využít jen na určitou dobu. Ovšem i poté je potřeba pokračovat v intenzivní rehabilitaci, aby se mohli tito lidé plně a kvalitně zapojit zpět do společnosti. V této fázi však péče již zůstává na rodině, popřípadě sociálních službách, kde je nabídka odborníků a jejich koordinovaná spolupráce, jak ukazuje i můj výzkum, nedostatečná. Myslím si, že spousta nedostatků by mohlo vyřešit legislativní ukotvení koordinované

rehabilitace. Tématem koordinované rehabilitace se MPSV zabývá od roku 1999. Od tohoto roku byly vládě předány různé návrhy zákona o rehabilitaci, nikdy však nedošlo k jejich schválení (Čevela, Čeledová, 2011). Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020 říká, že důvodem, proč se stále nepodařilo nastavit a zavést systém koordinované rehabilitace, je to, že se zainteresované rezorty doposud nedohodly. Postupem času sice došlo k určitému rozvoji jednotlivých oblastí rehabilitace, stále však chybí úprava vzájemné návaznosti a koordinace, což má negativní dopad na osoby se zdravotním postižením, které rehabilitaci prokazatelně potřebují (Národní plán podpory rovných příležitostí pro OZP, 2015).

Nyní probíhá spolupráce mezi MPSV, MŠMT a MZ, jejichž cílem je prosadit zákon o koordinaci osob se zdravotním postižením, který bude podporovat provázanost a spolupráci jednotlivých složek rehabilitace a zaměří se na jejich legislativní i věcné podmínky (Merhautová, 2015). Návrh věcného záměru zákona o koordinaci rehabilitace má předložit MPSV vládě ČR do 31. 5. 2018 (Merhautová, 2017).

Zajímavou myšlenkou je i zřízení tzv. komunitních center, která by navazovala na nemocniční péči, nabízela by dostatečné množství odborníků z různých profesí, měla by od začátku jasně stanovená pravidla o poskytované multidisciplinární péči a spolupráci jakožto i o způsobu financování.

5.1 Možná zkreslení výzkumu

Schatzman et al. (1973) uvádí, že u výzkumů se společenskovedním zaměřením se zkreslení prakticky vyhnout nelze. Ke zkreslení výsledků mého výzkumu mohlo dojít hned z několika důvodů. V první řadě mohlo dojít k nedůvěře dotazovaných informantů vyjádřit pravé a skutečné pocity a sdělit pravdivé informace o fungování týmové spolupráce v zařízení, ve kterém pracují. Pracovníci mohli mít, i přes zajištění anonymity, strach z výsledků, které z rozhovoru o organizaci vyplynou, a tak mohli chtít ukázat zařízení v lepším světle.

Také je potřeba brát v úvahu, že výzkumu se zúčastnilo pouze dvanáct organizací z Jihočeského kraje, kde často nacházíme sociální pracovníky, kteří vystudovali Zdravotně-sociální fakultu Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kde je na koordinovanou rehabilitaci kladen poměrně velký důraz. Sociální pracovníci pak mohou tyto nabyté znalosti využít ve své praxi pro kvalitnější poskytování péče.

Zajímavé by proto bylo porovnání se sociálními službami v jiných krajích, kde působí sociální pracovníci, kteří vystudovali jiné vysoké školy, a kteří se v rámci studia s koordinovanou rehabilitací setkali jen okrajově, popřípadě vůbec. Vhodné by bylo ověřit si získaná data pomocí kvantitativního výzkumu.

V neposlední řadě mohlo ke zkreslení dojít hned při výběru výzkumného souboru, který byl tvořen všemi sociálními službami, které poskytují péči osobám po získaném poškození mozku v Českých Budějovicích. Vzhledem k tomu, že v České republice sociální služby přímo pro osoby po získaném poškození mozku neexistují, využívají tyto osoby sociální služby pro osoby se zdravotním postižením. Tyto služby se však mohou lišit typem, posláním a celkovým charakterem poskytované péče.

Ke zkreslení výzkumu mohlo dojít také při samotném kódování výpovědí. Výpovědi týkající se jednotlivých profesí zapojených do koordinované rehabilitace jsou výpověďmi sociálních pracovníků. Jedná se tedy o soubor jejich znalostí a představ například o práci ergoterapeuta, fyzioterapeuta apod. V této práci však nejde o objektivizaci dat, ale právě o uvedení pohledu na koordinovanou rehabilitaci ze strany sociálních pracovníků. I nedostatečná znalost náplně práce může poukazovat na to, že koordinace v rámci rehabilitace ve vybraných organizacích neprobíhá.

6 ZÁVĚR

V diplomové práci jsem se snažila nahlédnout do problematiky koordinované rehabilitace a multidisciplinární spolupráce v sociálních službách, které poskytují pomoc osobám po získaném poškození mozku.

Diplomová práce má charakter teoreticko – empirický. V teoretické části jsem se zaměřila na charakteristiku získaného poškození mozku, konkrétně na cévní mozkové příhody, traumatická poškození a nádorová onemocnění mozku. Dále jsem se zabývala možnostmi sociálního zabezpečení, jež stát osobám s poškozením mozku nabízí. Největší pozornost jsem věnovala koordinované rehabilitaci.

Ve výzkumné části bylo mým prvním cílem zjistit, jak probíhá koordinovaná rehabilitace v sociálních službách pracujících s osobami po získaném poškození mozku. Jako druhý cíl jsem si zvolila vytvořit návrh na zefektivnění realizace koordinované rehabilitace v sociálních službách, které pracují s osobami po získaném poškození mozku. Hledala jsem odpověď na tyto výzkumné otázky: „Kteří odborníci se podílí na realizaci koordinované rehabilitace v organizacích poskytujících sociální služby osobám po získaném poškození mozku?“ a „Jak je realizována spolupráce týmu při práci s osobami po získaném poškození mozku?“. Výzkum dané problematiky byl realizován v rámci úspěšně přijatého projektu GAJU s nazvaném „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“.

Při sběru dat jsem uplatnila kvalitativní výzkumnou strategii, konkrétně techniku semistrukturovaného rozhovoru. Rozhovory probíhaly s dvanácti sociálními pracovníky z českobudějovických organizací, které poskytují sociální služby podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, a které jsou dle tohoto zákona evidovány v Registru poskytovatelů sociálních služeb. Vzhledem k tomu, že v České republice neexistují žádné sociální služby, které se zaměřují přímo na osoby po poškození mozku, byly vybrány organizace, které poskytují sociální služby osobám se zdravotním znevýhodněním a do jejichž cílové skupiny mohou potenciálně spadat právě i osoby s tímto poškozením. Osloveno bylo 20 sociálních služeb, přičemž šlo o totální výběr vzorku. Do výzkumu se zapojilo 12 organizací.

Z analýzy výsledků vyplynulo 5 základních pilířů, které průběh a efektivnost koordinované rehabilitace ovlivňují. Jde o typologii odborníků zapojených do koordinované rehabilitace, průběh spolupráce týmu, nastavení harmonogramu týmové spolupráce, funkci koordinátora týmu, legislativu a financování koordinované

rehabilitace. Výsledky výzkumu ukazují na nedostatečnou spolupráci odborníků v sociálních službách poskytujících péči osobám po poškození mozku. I přes akutní potřebu koordinované multidisciplinární podpory od široké škály odborníků, chybí v organizacích jednotlivé profese – především ergoterapeuti, logopedi a fyzioterapeuti, kteří jsou nahrazováni jinými pracovníky, kteří vykonávají specifické terapie bez potřebné kvalifikace. Alarmující je také podpora začlenění klienta zpět do pracovního procesu, která probíhá pouze v jedné z dotazovaných organizací. Dále také časová, organizační a finanční náročnost týmové spolupráce znemožňují poskytovat kvalitní multidisciplinární péči, která je důležitým předpokladem pro znovuzačlenění osob zpět do společenského života. Neméně vyčerpávající je také spolupráce s rodinou, která se od klienta často distancuje a nechává ho napospas organizaci.

Vzhledem k tomu, že osoby po získaném poškození mozku trpí širokým spektrem obtíží a potřebují podporu ve všech složkách koordinované rehabilitace, je nezbytné zapojit a zkoordinovat celý multidisciplinární tým. Ve všech organizacích poskytujících péči osobám se zdravotním znevýhodněním by neměl chybět tzv. case manager, který bude jednat v zájmu klienta a jeho rodiny. Bude koordinátorem poskytované multidisciplinární péče, společně s týmem si nastolí jasná pravidla spolupráce, tedy jak bude docházet k předávání informací, jak často budou probíhat schůze týmu, kteří odborníci se budou na péči o klienta podílet. Každý odborník by měl znát své kompetence a měl by za ně být odpovědný. Tyto nejasnosti by mohlo vyřešit legislativní ukotvení koordinované rehabilitace. Za důležité také považuji, aby byl brán zřetel na podněty a připomínky odborníků, kteří vědí sami nejlépe, jak to v praxi funguje, a na které je často, ve snaze jednat především a pouze „v zájmu klienta“, zapomínáno.

Zajímavou myšlenkou je i zřízení tzv. komunitních center, která by nabízela dostatečné množství odborníků z různých profesí, měla by od začátku jasně stanovená pravidla o poskytované multidisciplinární péči a spolupráci, jakožto i o způsobu financování. Jak tedy z výzkumu vyplývá, koordinovaná rehabilitace přináší spoustu pozitiv, na druhou stranu naráží také na různé bariéry, o kterých je potřeba dále diskutovat a přijít na vhodná řešení, která nebudou pouze v zájmu klienta a jeho rodiny, ale také celého multidisciplinárního týmu.

Diplomová práce bude sloužit k poskytnutí zpětné vazby o koordinované rehabilitaci ve vybraných organizacích. Výstupem z práce je návrh na zefektivnění

koordinované rehabilitace v sociálních službách, které poskytují pomoc osobám po poškození mozku. Tento návrh jsem již rozeslala do všech organizací, které se zúčastnily výzkumného šetření. Výsledky výzkumu budou také publikovány v rámci monografie z výše zmíněného projektu.

7 SEZNAM LITERATURY

1. ADAM, Z., VORLÍČEK, J. a kol., 2004. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. 2. vydání. Praha: Grada. 692 s. ISBN 80-247-0896-5.
2. BENDER, A., ADRION, CH., FISHER, L., HUBER, M., JAWNY, K., STRAUBE, A., MANSMANN, U., 2016. Long-Term Rehabilitation in Patients With Acquired Brain Injury. *Dtsch Arztebl Int*. 113(38), 634–641, doi: 10.3238/arztebl.2016.0634.
3. BENEŠOVÁ TRČKOVÁ, D., 2012. *Podporované zaměstnávání* [online]. Dobromysl.cz. [cit. 2017-10-08]. ISSN 1214-2017. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=198>
4. BOHÁČEK P., POLCAROVÁ, D., 2007. (Neuro)psychologické následky cévní mozkové příhody. *Sestra*. 4(2), 41-42. ISSN 12-10-0404.
5. BOTEK, O., 2002. Etika v oblasti sociální politiky. In: LEVICKÁ, J. *Etika a sociální práce: Zborník z konferencie, ktorá se konala dňa 25. 10. 2002 v Trnave*, Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave, s. 16-19. ISBN 80-88774-20-9.
6. BRUTHANSOVÁ, D., JEŘÁBKOVÁ, V., 2012. *Koordinovaná rehabilitace*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 73 s. ISBN 978-80-7416-102-5.
7. CURRAN, CH., DORSTYN, D., POLYCHRONIS, C., DENSON, L., 2014. Functional Outcomes of Community-Based Brain Injury Rehabilitation Clients. *Brain Injury*. 29(1), 25-32, doi: 10.3109/02699052.2014.948067.
8. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., 2011. *Osud koordinované rehabilitace*. [online]. Praha: MPSV. [cit. 2017-09-19]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/11618>
9. ČÍŽKOVÁ, K. et al., 2011. *Člověk po poranění mozku na zdravotně-sociálních odborech: Jak můžete pomoci?* [online]. Praha: CEREBRUM – Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin. [cit. 2017-08-18]. ISBN 978-80-904357-4-2. Dostupné z: http://www.cerebrum2007.cz/files/492_2439498987.pdf
10. EMMEROVÁ, M., 2012. Co je to koordinovaná rehabilitace? In: *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. Praha: MPSV ČR. s. 5-12. ISBN 978-80-7421-052-5.
11. FADRUS, P. et al., 2010. Intrakraniální nádory – diagnostika a terapie. *Interní Med*. 12(7-8), 376-81. ISSN 1212-7299.

12. FLEMING, J. et al., 2011. Brain Injury Rehabilitation: The Lived Experience of Inpatients and Their Family Caregivers. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 19(2), 184-193, doi: 10.3109/11038128.2011.611531.
13. FOITOVÁ, Z. a kol., 2017. *Metodika časných intervencí v multidisciplinárních terénních týmech* [online]. Praha: Centrum péče o duševní zdraví [cit. 2017-11-13]. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/2017_02_metodika_fin_web.pdf
14. HALOVÁ, M., 2007. *Nemocný v domácí péči I*. Javorník: MAJ.ZJ. 140 s. ISBN 80-239-7316-9.
15. HANUŠOVÁ, J., HELLEBRANDOVÁ, K., 2006. *Interdisciplinární spolupráce*. Praha: Vzdělávací institute ochrany dětí. 24 s. ISBN 80-86991-79-2.
16. HOLÁ, M., 2010. *Co je tranzitní program?* [online]. Zdravě.cz. [cit. 2017-10-08]. Dostupné z: <https://handicapovani.zdrave.cz/co-je-tranzitni-program/>
17. CHUA, K., NG, Y., YAP, S., BOK, C., 2007. A Brief Review of Traumatic Brain Injury Rehabilitation. *Ann Acad Med Singapore*. 36(1), 31-42, PMID: 17285184.
18. JANEČKOVÁ, M., 2009. Zkušenosti s dostupností podpory, rehabilitace a služeb po poranění mozku v České republice. In: JANEČKOVÁ, M. (ed.). *Život po poranění mozku: Sborník příspěvků z konference CEREBRA „Život po poranění mozku“ konané 12. března 2009 v Praze*. Praha: CEREBRUM – Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin, s. 42-49. ISBN 978-80-904357-0-4.
19. JANEČKOVÁ, M., ŽÍLOVÁ, T., RADOCHOVÁ, K. (eds.), 2011. *Doporučení k organizaci systému zdravotně-sociální péče o pacienty po získaném poškození mozku*. Praha: CEREBRUM – Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin. 77 s. ISBN 978-80-904357-5-9.
20. JANKOVSKÝ, J. et al., 2005. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích. 103 s. ISBN 80-7040-826-X.
21. JANKOVSKÝ, J., 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vydání. Praha: TRITON. 168 s. ISBN 80-7254-730-5.
22. JANKOVSKÝ, J., 2008. Etická dilemata v sociální práci ve vztahu k rodině. In: ŠRAJER, J., MUSIL L. (eds.) *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. České Budějovice: Libor Musil v nakladatelství ALBERT. s. 107-17. ISBN 978-80-7326-145-0.
23. JANKOVSKÝ J., 2014. Koordinovaná podpora dětí a mládeže s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením v rámci uceleného systému

- rehabilitace. In: PFEIFFER, J. a kol. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích, s. 49-120. ISBN 978-80-7394-461-2.
24. JANKOVSKÝ, J., 2015. Multidisciplinární tým z hlediska sociálního pracovníka. In: KODYMOVÁ, P. *Sešit sociální práce: Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: MPSV, 7-13. ISBN: 978-80-7421-088-4.
25. KHAN, F. et al., 2017. Neurorehabilitaiton: Applied Neuroplasticity. *Journal of Neurology*. 264(3), 603-15, doi: 10.1007/s00415-016-8307-9.
26. KOLÁŘ, P. et al., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
27. KOLLÁROVÁ, D. (ed.), 2014. *Manuál zaměstnávání osob po poškození mozku* [online]. Praha: CEREBRUM - Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin. 32 s. [cit. 2017-09-12]. Dostupné z: http://www.cerebrum2007.cz/files/892_8327728145.pdf
28. KOPŘIVA, K., 2006. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 5. vydání. Praha: Portál. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
29. KRIVOŠÍKOVÁ, M., 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
30. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
31. LEWIS, F., HORN, G., 2017. Depression Following Traumatic Brain Injury: Impact on Post-hospital Residential Rehabilitation Outcomes. *NeuroRehabilitation*. 40(3), 401-10, doi: 10.3233/NRE-161427.
32. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M., 2005. *Neurorehabilitace*. Praha: Galén. 350 s. ISBN 80-7262-317-6.
33. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M., 2009. Fázový model neurologické rehabilitace v Německé spolkové republice. In: JANEČKOVÁ, M. (ed.). *Život po poranění mozku: Sborník příspěvků z konference CEREBRA „Život po poranění mozku“ konané 12. března 2009 v Praze*. Praha: CEREBRUM – Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin, s. 50-57. ISBN 978-80-904357-0-4.
34. SCHATZMAN, L. et al., 1973. *Field research: Strategies for a Natural sociology*. New Jersey: Prentice-Hall, 149 p. ISBN 0-13-31451.

35. STROSSOVÁ, I., KURTINOVÁ, R., 2016. *Metodika multidisciplinárního týmu* [online]. Opava: FOKUS – Opava, z. s. [cit. 2017-10-22]. Dostupné z: http://www.fokusopava.cz/dokumenty/Fokus_Metodika-MT.pdf
36. MENTAL HEALTH COMMISSION, 2006. *Multidisciplinary Team Working: From Theory to Practice: Discussion paper*. Dublin: MHC. 68 s. ISBN 0-9549292-5-X. Dostupné z: <http://www.mhcirl.ie/file/discusspampmultiteam.pdf>
37. MERHAUTOVÁ, I., 2015. *Záměry MPSV v oblasti zdravotně-sociální péče*. [online]. Praha: MPSV. [cit. 2017-10-22]. Dostupné z: <http://www.senat.cz/xqw/webdav/pssenat/original/76114/64000>
38. MERHAUTOVÁ, I., 2017. *Koordinace rehabilitace*. [online]. Praha: MPSV. [cit. 2018-04-12]. Dostupné z: https://www.azzp.cz/images/dokumenty_na_web/Konference_Senat_171130/koordinace-rhb-1v3.pdf
39. MICHELOVÁ, R., 2015. Etika v multidisciplinárním týmu. In: KODYMOVÁ, P. *Sešit sociální práce: Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: MPSV, 34-39. ISBN: 978-80-7421-088-4.
40. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
41. MLČOCH, Z., 2008. *Typy a příčiny poranění mozku, první pomoc, následky úrazů mozku* [online]. Z.M.: zbynekmlcoch.cz [cit. 2017-08-18]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/neurologie-nemoci-vysetreni/typy-a-priciny-poraneni-mozku-prvni-pomoc-nasledky-urazu-mozku>
42. MUSIL, L., NEČASOVÁ, M., 2008. Zvládání nesourodých očekávání a morální orientace sociálních pracovníků. In: ŠRAJER, J., MUSIL, L. (eds.). *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. České Budějovice: Libor Musil v nakladatelství ALBERT. s. 83-106. ISBN 978-80-7326-145-0.
43. *Národní plán podpory rodinných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na rok 2015-2020*, 2015. [online]. Praha: Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. [cit. 2018-04-12]. Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/urad-vlady/strategie/narodni-plan-podpory-rovnych-prilezitosti-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-na-obdobi-2015-2020>
44. NEDĚLNÍKOVÁ, D. (ed.), 2008. *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita. 102 s. [cit. 2017-08-31]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/4031/Metodicka_prirucka_TSP.pdf

45. NEUBAUEROVÁ, L. et al., 2012. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. 2. vydání. Hradec Králové: GAUDEAMUS. 134 s. ISBN 978-80-7435-174-7.
46. PALMER S. et al., 2013. *Soužití s partnerem po mrtvici: Jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah*. Praha: Portál. 223 s. ISBN 978-80-262-0348-3.
47. PFEIFFER, J., 2007. *Neurologie v rehabilitaci: Pro studium i praxi*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-247-1135-5.
48. PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O., 2008. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.
49. PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O., 2014. Úvod do problematiky koordinace zdravotních, sociálních, didaktických a pracovních prostředků. In: PFEIFFER, J. a kol. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích, s. 6-10. ISBN 978-80-7394-461-2.
50. PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O., ZEMAN, M., 2014. Posudková rehabilitace. In: PFEIFFER, J. a kol. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích, s. 11-48. ISBN 978-80-7394-461-2.
51. POKORNÁ, T. 2013. *Koordinovaná rehabilitace u osob po cévní mozkové příhodě*. Brno. Diplomová práce. PF MU.
52. POWELL, T., 2010. *Poškození mozku: Praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. Praha: Portál. 120 s. ISBN 978-80-7367-667-4.
53. MPSV, 2015. *Příručka pro osoby se zdravotním postižením v roce 2015: Informace o pravidlech i pomoci na trhu práce a ze sociálního systému*. 2. vydání. Praha: MPSV. 32 s. ISBN 978-80-7421-090-7.
54. *Rehabilitace po CMP*, 2012. [online]. Rehabilitace.info: Magazín o zdraví. [cit. 2017-08-14]. Dostupné z: <http://www.rehabilitace.info/zdravotni/rehabilitace-po-cmp-cevni-mozkove-prihode/>
55. SOTNIAKOVÁ, E., 2002. Etika v sociální práci. In: LEVICKÁ, J. *Etika a sociální práce: Zborník z konferencie, ktorá se konala dňa 25. 10. 2002 v Trnave*, Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave, s. 59-62. ISBN 80-88774-20-9.
56. STUHLÍK, J., 2001. *Asertivní komunitní léčba a case management* [online]. Praha: Fokus Praha – sdružení pro péči o duševně nemocné ve spolupráci

- s Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví. 87 s. [cit. 2017-10-22]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/model-zdroje/011-asertivni-komunitni-lecba.pdf>
57. ŠECLOVÁ, S., 2004. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: Průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 80-247-0592-3.
58. ŠESTÁK, J., 2014. Pracovní rehabilitace. In: PFEIFFER, J. a kol. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích, s. 157-65. ISBN 978-80-7394-461-2.
59. ŠKODA, J., 2007. *Multidisciplinární přístupy pomáhajících profesí*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem. 267 s. ISBN 978-80-7044-858-8.
60. ŠVESTKOVÁ, O., 2009. Praktické zkušenosti s funkční diagnostikou v rehabilitaci pacientů po traumatickém poranění mozku. In: JANEČKOVÁ, M. (ed.). *Život po poranění mozku: Sborník příspěvků z konference CEREBRA „Život po poranění mozku“ konané 12. března 2009 v Praze*. Praha: CEREBRUM – Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin, s. 109-11. ISBN 978-80-904357-0-4.
61. TAJANOVSKÁ, A., 2015. Role sociálního pracovníka při koordinaci multidisciplinárního týmu – předpoklady a dovednosti. In: KODYMOVÁ, P. *Sešit sociální práce: Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: MPSV, 28-33. ISBN: 978-80-7421-088-4
62. TANTI, A., SAVIOLA, D., 2015. Neuropsychology and Rehabilitation of Patients with Severe Acquired Brain Injury: A Complex Relationship? *Neuropsychological Trends*. 18(1), 39-44, doi: 10.7358/neur-2015-018-deta.
63. TOKOVSKÁ, M., ODLEROVÁ, A., 2012. Interdisciplinárna kooperácia v ošetrovatelstve, pôrodnej asistencii a sociálnej práci. In: Kamanová, I., Štefáková L. *Zborník príspevkov z 3. medzinárodnej vedeckej konferencie*. Ružomberok: Verbum. 224 s. ISBN 978-80-8084-873-6.
64. TROJAN, S., DRUGA, R., PFEIFFER, J., VOTAVA, J., 2005. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3. vydání. Praha: Grada. 237 s. ISBN 80-247-1296-2.
65. VACKOVÁ, J., PECHOUŠKOVÁ, K., KRULOVÁ, A., MÍKOVÁ, M., BENDOVIÁ, M., 2017. Coordinated rehabilitation of patients after brain damage-first study results. In *4th international multidisciplinary scientific conference on social sciences and arts SGEM 2017 Conference proceedings*. Sofia,

- Bulgaria: STEF92 Technology Ltd., 51 "Alexander Malinov" Blvd. 441-446. ISBN 978-619-7105-95-7.
66. VAŇÁSKOVÁ, E., 2004. *Testování v rehabilitační praxi – cévní mozkové příhody*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 65 s. ISBN 80-7013-398-8.
67. VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 104 s. ISBN 978-80-247-4082-9.
68. VOTAVA, J., 2001. Rehabilitace osob po cévní mozkové příhodě. *Neurologie pro praxi*. 2(4), 184-9. ISSN 1213-1814.
69. VOTAVA, J. a kol., 2005. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
70. WEHMAN, P., 2006. *Life Beyond the Classroom: Transition Strategies for Young People With Disabilities*. 4. issue. Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co. 719 p. ISBN: 978-1-55766-752-6.
71. WESTER, P., 2003. Brain Attack – The Acute Care Decide the Long Time Outcome. *Lakartidningen*. 100(48), 3976-82. ISSN 00237205S.
72. WOHLGEMUNTH, M., 2004. *Sociální pracovník v procesu ucelené péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
73. ZAHŘÁDKOVÁ, E., 2005. *Teambuilding: cesta k efektivní spolupráci*. Praha: Portál. 173 s. ISBN 80-7367-042-9.
74. Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, 2016. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 82, s. 3266-70. ISSN 1211-1244.
75. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, 2009. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 22, s. 842-904. ISSN 1211-1244.
76. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1257-89. ISSN: 1211-1244.
77. Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 115, s. 3970-94. ISSN 1211-1244.
78. ŽÍLOVÁ, T., 2010. Rodinní příslušníci osob po poranění mozku jako další a často zanedbávané oběti traumatu [online]. *e-Makovice*. 4(6), 8-11. [cit. 2017-11-15]. Dostupné z: http://www.cerebrum2007.cz/files/309_47943726d5.pdf

8 SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1: Průběh koordinované rehabilitace

Obrázek 2: Léčebné prostředky rehabilitace

Obrázek 3: Náplň práce ergoterapeuta

Obrázek 4: Náplň práce fyzioterapeuta

Obrázek 5: Náplň práce lékaře

Obrázek 6: Náplň práce všeobecné sestry

Obrázek 7: Sociální prostředky rehabilitace

Obrázek 8: Náplň práce sociálního pracovníka

Obrázek 9: Administrativní zátěž sociálních pracovníků

Obrázek 10: Role sociálního pracovníka

Obrázek 11: Typy klientů v organizacích

Obrázek 12: Schůze týmu

Obrázek 13: Spolupracující rodina

Obrázek 14: Rodina spolupracuje v případě potřeby

Obrázek 15: Nespolupracující rodina

Obrázek 16: Časový interval týmových schůzí

Obrázek 17: Koordinátor týmové spolupráce

Obrázek 18: Sociální síť odborníků

Obrázek 19: Návrh na spolupráci týmu

Tabulka č. 1 Zastoupení odborníků léčebné rehabilitace v sociálních službách

Tabulka č. 2: Nabídka logopedické péče v sociálních službách

9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Publikovaný článek

Příloha 2: Seznam okruhů pokládaných otázek

Příloha 1: Publikovaný článek

COORDINATED REHABILITATION AND ITS IMPLEMENTATION IN ORGANIZATIONS WORKING WITH PERSONS AFTER ACQUIRED BRAIN DAMAGE

Bc. Anna Praskova ¹

Doc. Mgr. et Mgr. Jitka Vackova, Ph.D. ¹

Bc. Andrea Matejkova ¹

Mgr. Katerina Pechouskova ²

Mgr. et Mgr. Marketa Bendova ¹

¹ Faculty of Health and Social Sciences, University of South Bohemia in Ceske Budejovice, Czech Republic

² Diocesan Caritas Plzen, Czech Republic

ABSTRACT

Brain damages and injuries with their frequency and high mortality constitute one of the most serious diseases both in the world and in the Czech Republic. The individual who has suffered a brain damage faces a number of socio-economic changes. The precondition for full social integration of such individual is timely care and cooperation of individual professionals on the given case. But such cooperation and interconnection among professionals is often missing in subsequent organizations, which may slow down the individual's return to common life. Not less important is also the cooperation with family members who have an irreplaceable influence within the rehabilitation.

The research of the given issue is implemented within the successfully accepted project at the Faculty of Health and Social Sciences, called Coordinated rehabilitation of patients with brain injury (reg. No. GAJU 138/2016/S), funded by the Grant Agency of the University of South Bohemia. The research is aimed at finding out how the coordinated rehabilitation is implemented in social services working with persons after acquired brain damage. **The data collection was carried out with the help of the method of qualitative research strategy, the technique of semi-structured interview with social workers in organizations of the city of Ceske Budejovice who provide social services according to Act 108/2006 Coll., on social services, as amended.**

The research results show insufficient cooperation of experts in social services providing care to persons with acquired brain damage. In spite of an acute need of coordinated and multidisciplinary support to such persons, the organizations miss specific professionals or employ workers who carry out works of other professions without the necessary qualification. The high time, organizational and financial demands of team cooperation hinder the organizations from providing high-quality multidisciplinary care, which constitutes an important precondition for reintegration of the persons in working and social life.

Key words: coordinated rehabilitation, multidisciplinary team, brain damage

INTRODUCTION

People with acquired brain damage often suffer from a great number of problems, have problems with mobility, cognitive functions, with social integration and return to the work process. The specific injury in question requires comprehensive assessment and cooperation of a whole number of professionals. The Czech Republic is missing social services providing direct care to persons with acquired brain damage. But such persons can contact social services providing care to persons with health handicap; such services, however, often miss a broad spectrum of professionals or do not work in the spirit of a comprehensive rehabilitation system, and are therefore not able to provide the client with the necessary care. Subsequently, the care remains on the family whose members do not have approach to information, do not know whom to approach and what to do after the patient is released from the hospital.

The study maps what professionals are in the organizations offering care to persons with acquired brain damage, it ascertains whether the client's family is involved in the care and solution of the situation and whether there is cooperation of a multidisciplinary team in the organizations in question. Furthermore, the study reports the positive and negative aspects of coordinated rehabilitation, as seen by the social workers of the given organizations.

The research of the given issue is implemented within the successfully accepted project at the Faculty of Health and Social Sciences, called Coordinated rehabilitation of patients with brain injury (reg. No. GAJU 138/2016/S), funded by the Grant Agency of the University of South Bohemia.

Acquired brain damage

Acquired brain damages include brain stroke, traumatic brain damage, brain tumours, brain hypoxias and anoxias and other toxic, metabolic and infectious damages [3]. Due to their frequency and high mortality, such damages constitute one of the most serious disease both worldwide and in the Czech Republic and they are called the epidemic of the 21st century because of their rapid growth [1]. That is caused both by a higher number of means of transport and by greater popularity of adrenalin sports, which often lead to a serious brain damage, but also by the great progress in urgent and intensive care of physicians who recognize blood clots in the brain in time thanks to new technical achievements [7, 8]. Thanks to that progress, the patients often survive a serious, formerly mortal injury, but with serious functional consequences [7]. It is therefore very important that the patients are provided with timely care by all components of coordinated rehabilitation [10].

Coordinated rehabilitation and multidisciplinary team

The coordinated implementation of rehabilitation efficiently interconnects therapeutic, social, teaching and working means [4]. The coordination and interconnection is important both for the handicapped person and, subsequently, for the state and for the whole society [6].

A condition of multidisciplinary work and high-quality and efficient cooperation consists in setting specific principles and ideological starting points to which each team member will be directed [5]. The cooperation should be based on the following principles: equal position of the team members, definition of roles and responsibilities of the members, own rules respected by everybody, effort to achieve a common goal, efficient communication and purposeful conflict solution, trust and openness [11]. A key aspect of efficient cooperation consists in communication [11]. When achieving the rehabilitation goals, the individuality and uniqueness of each human being must be considered [9]. That can be achieved by working with the clients within holistic approach. The holistic approach emphasizes the personality as a bio-psycho-social-spiritual being, i.e. the physical-mental-spiritual totality [4].

The basic value of the multidisciplinary work consists in the fact that the team cooperates not only with the handicapped client but also with the whole client's family

[3]. Such cooperation usually constitutes the greatest support to the brain damage persons, providing them with information on follow-up services and rehabilitation [2]. The families need somebody to pay attention to them, to provide them with advice and instruction and to support them in the challenging and stressing situation [8].

GOALS AND METHODS

The study was aimed at finding out how the coordinated rehabilitation is implemented in social services working with persons after acquired brain damage.

The data collection made use of the method of qualitative research strategy and of the technique of semi-structured interview. The interviews were made with social workers in organizations of České Budějovice, providing social services according to Act 108/2006 Coll., on social services, as amended, and registered in the Register of social service providers according to that Act. As the Czech Republic has no social services directly focused on persons with acquired brain damage, the study chose organizations providing social services to persons with health handicap, including persons with the damage in question. 20 social workers from different organizations from the South Bohemian Region were approached in total, and 12 of them agreed with the interview. The respondents were familiarized in advance with the purpose of the data collection and with assurance of anonymity of the interview contents during processing and presentation. The answers of the social workers were recorded on a voice recorder and subsequently verbatim transcribed in the text editor. The transcribed interviews were processed with the help of the grounded theory method.

RESULTS

To preserve the anonymity, the individual respondents are marked with letters A-L.

Multidisciplinary team in social services

The **therapeutic means of rehabilitation** are less available in social services. In some organizations, primarily in residential services, the following professions can be found: physicians, nurses, physiotherapists, ergotherapists, activation workers, psychiatrist, psychotherapist. But more frequently, the physicians and physiotherapist either visit the organization from time to time, or the client gets contact to such professionals and it is

up to the client to arrange for their service. Some organizations admit not to have any physiotherapist or ergotherapist in their team.

Interestingly, ergotherapy in social services is often provided by activation workers or by social service workers, in spite of having no ergotherapeutic training. As for physiotherapy, in one of the organization it is not carried out by trained physiotherapists, but by nurses: *No, we don't have any physiotherapist. There are nurses here. They don't have any special course I think* (organization J).

Social means of rehabilitation are arranged in the organizations through the social worker and social service workers. The social worker communicates with the family, arranges the client's admission, performs social inquiry, social consulting, helps the client to arrange for welfare benefits: *All communication with the authorities is up to us, including help with arranging old-age pension, with arranging things at the authorities ...* (organization E). The social worker has multiple roles: *I said that the social worker is actually a multifunction team playing the role of social worker, accountant, lawyer, psychologist, there are very many levels there* (organization D).

Patients after acquired brain damage often have problems with speech. Therefore the speech therapist is the key professional within **teaching means of rehabilitation**. We can find a speech therapist in one organization only; that organization has a very rich team of professionals: *External physicians - neurologist, rehabilitation physician, orthopaedist - visit us. We have a special teaching centre here too, we have a speech therapist, psychologist, physiotherapist, ergotherapist; the team is easily available here and it cooperates. We have all types of education - from kindergarten to two-year and one-year practical secondary school, after school club and day care centres. The care ranges from children who come here only for exercises up to the adults. We don't have our own psychiatrist, we use the services of an external one; that profession is very important in my opinion. As for the professionals, it is an issue of money, and there are few of them in the first place* (organization C).

Last but not less important part of coordinated rehabilitation includes **working means**. In spite of the need of support to reintegration of brain damage persons in the working process, there is only one organization offering such means in form of socially

therapeutic workshops: *I have a colleague charged with the services of prevention, socially therapeutic workshops and social rehabilitation (organization C).*

Family as member of multidisciplinary team

The cooperation with the family differs in individual organizations. Some organizations consider the family a cooperation base without which the rehabilitation goals could not be achieved. The family participates in solving the client's situation most frequently in the following cases: low client's age, the family has come to terms with the client's handicap, legally incapable client, the client is afraid of unknown people, the family lives close to the social service.

A great part of the organizations cooperate with the family only in cases where the very family feels a need and comes to ask for cooperation. The most frequent needs presented by the family to the social workers include:

- dealing with administrative matters - inheritance proceedings, allowance for care, payment for services, individual client's planning: *We ask the family to give us the client's curriculum in order to know as much as possible about the client. When making an individual plan, the family comes and helps us because the clients sometimes don't want to speak to us, because they don't know us, so it must be mediated by the family (organization B),*
- need of family education: *When I see that the client needs the care but doesn't want it, I cannot do anything. I then educate the family members for them to know what to do (organization A),*
- need of provision of care if the family cannot care.

In some organizations, the cooperation with the family does not take place at all. The most frequent causes are:

- the family dissociates from the client,
- the family loses interest in the client: *The families tell you, here you have the senior and now care for her, and our job is also to say, she still is your mother, she still is your grandma, even if she changes residence and is here in our home, and that is sometimes the strongest thing for them; we can do our best in the care, but if the family does not work well, than it just won't be ideal (organization D),*

- mental burden: *The families don't cooperate at all, or when they cooperate, then they do it insufficiently, it is probably too much burden to them* (organization E),
- financial burden,
- the team provides full service, the family does not feel any need to intervene in the care: *And another factor consists in the fact that, paradoxically, when all services work as they should, the child gets speech therapy, ergotherapy, physiotherapy etc., when the child uses this service, then it somehow results in the parent's not feeling so much need or energy to do something more, because all this has been arranged on your behalf* (organization C),
- the family does not attend the team meetings.

A family's failure to cooperate is, according to organization C, very exhausting to the multidisciplinary team: *The parents not always arrive when you have agreed it, and you must urge them. That is somehow exhausting, you think to yourself, they are parents, so they should care.*

Cooperation of multidisciplinary team

The study shows that some organizations strive for cooperation within the spirit of coordinated rehabilitation. The cooperation takes place among professionals working in the organization: *There are also ergotherapists here, they tell us what is wrong, what should be done and whether they can do it* (organization B), but also with external professionals: *We get visits of a music therapist, art therapist, psychotherapist, then we get visits of a dog therapist once in 14 days. We cooperate with speech therapists. We get visits of physicians, we have our own general practitioner and we get visits of a psychiatrist and dermatologist and urologist to deal with a permanent catheter* (organization F). *We have strong cooperation with companies offering compensation aids, we have very close cooperation with them* (organization K).

Other organizations do not have working cooperation of professionals. The main reasons are pointlessness of cooperation: *I have the contacts here too, but I have never made use of them; I have actually not asked whether some of them would cooperate with us if it was necessary. I actually... have never felt to heed them, or I have never*

known it, I have never tried to find out (organization J), time demandingness, lack of professionals in the organization: *Well, lack of staff, high-quality staff* (organization I). For the multidisciplinary team to work well, it is important that the individual professionals communicate among each other. The team meetings constitute the corner stone for high-quality multidisciplinary cooperation. The organizations that make team meetings, plan them most frequently in the following intervals: every day, 1x a week, 1x a month, 4x a year, 1-2x a year, or irregular meetings as needed.

The organizations state that the meetings are favourable primarily for planning of further services, for assessment of positive and negative aspects and for introducing of potential requirements and impulses. The family and the client do not attend such meetings in any organization: *We do not make meetings with the family. They come here because of the requests, but we don't invite them to discuss the client or something like that* (organization H).

The social services which do not make team meetings have another system of passing of information: an information book or exchange of information during social inquiry at the client's. Where there are no multidisciplinary meetings, there often are only meetings of individual components. *Well, our health and social component do not communicate much with each other. The physiotherapists communicate with nurses, with activation workers and caregivers. But we don't make any meetings on individual cases* (organization G).

Supervisions constitute a special chapter. Although supervisions have an irreplaceable role in helping professions, they are not frequent in social service organizations. The workers perceive them as useless and prefer dealing with the problems on site, face-to-face. *We don't have supervision. If a problem arises, everybody can come to see me, but that cannot be considered supervision, I am not a supervisor. But I don't know; if there were interest, I probably would consider introducing supervision, but I have not heard such wish yet* (organization L).

Team cooperation coordinator

For the coordinated rehabilitation to work well, somebody must guide and coordinate the cooperation. According to the study, the social worker, the client's key worker, the nurse in charge or the physician is the coordinator in social services. In practice, we can

often see cases where each professional is charged with the coordination of another component. For example the chief caregiver is the coordinator of the social component, the director is the coordinator of activation workers, the nurse in charge is the coordinator of the health component. Some organizations do not have any cooperation coordinator: *We meet, yes, the nurses, caregivers, social workers, assistants or staff from the other organization, well, but nobody coordinates it* (organization J).

The assessment of the team cooperation in social services is made by the social worker, the ward sister or by the social worker in cooperation with the client and the client's family. There are even organizations where the assessment of cooperation does not take place. *If a person is released from here, we evaluate it, but in such a big organization, it should be done in a different way; but we try to do something. However, the social service workers should do it, but they are not able to do it. So the social worker does it, as well as the client and the client's family* (organization I). The assessment is based on interviews with the workers, i.e. with the other members of the multidisciplinary team, and based on the assessment of the general condition of the client.

Positive and negative aspects of team cooperation

Positive aspects of team cooperation:

- the care has a direction and goal: *It is super if all the workers talk about the client together, as no documentation and no card can replace the communication* (organization C),
- positive results at the client's - greater self-confidence of the client, mental and psychological wellbeing,
- the cooperation is based on the client,
- the family feels relief,
- positive aspect for organization of work,
- two heads are better than one: *Two heads are better than one, so it would be fine to have somebody to consult the ideas with* (organization A),
- distribution of administrative burden - legislation, standards of social services, division of tasks.

Negative aspects of team cooperation:

- barrier on the side of individualist professionals: *Sometimes they say not to have the capacity to accept it, and we often see that the capacity is there but there is no willingness* (organization J),
- time and organization demandingness of cooperation: *A negative aspect consists in the difficulty to agree a date to suit everybody. So we must do it much time in advance, and even then it sometimes occurs that somebody cannot come, because something difficult to influence occurs* (organization C),
- insufficient financial remuneration does not motivate the team to cooperate: *If you have 40 persons in one storey and little money, so you cannot do much* (organization I),
- psychologically demanding cooperation,
- disunited rehabilitation components - social workers fall under the Ministry of Labour and Social Affairs (the clients usually pay for the services themselves); health workers fall under the Ministry of Health (the services are paid from the health insurance) - the clients are not motivated to make use of social rehabilitation means,
- inconsistency in professional opinions and approaches: *It is work with people, interpersonal relations; each of us is different, each of us reacts differently. The other person may have another idea of a specific matter, so they may not suit each other. So that is what concerns the interpersonal relations* (organization F),
- lack of support of field work by the South Bohemian Region,
- lack of professionals in the organization.

CONCLUSION

The study results show insufficient cooperation of experts in social services providing care to persons with acquired brain damage. One of the motives of inadequate cooperation consists in lack of professionals in the organizations. The organizations often lack professionals like physiotherapists, ergotherapists and speech therapists who have significant influence on improving the client's functional condition and quality of life. The study results also show that social services often employ workers who carry out specific works without the necessary qualification. Physiotherapy is sometimes

carried out by nurses and ergotherapy by activation workers who lack sufficient competences to carry out such works. Alarming is also the level of support of the client's reintegration in the working process which takes place in one of the interviewed organizations only.

The social worker as a multifunctional person, overloaded by administrative matters, does not find time to support and coordination of multidisciplinary cooperation. The organization of cooperation is often challenging also due to the lack of the willingness of the workers to do anything extra. That is often related to low financial remuneration, which does not motivate to comprehensive and coordinated assessment of the cases. Not less exhausting is also the cooperation with the family who often dissociates from the client and leaves the client at the mercy of the organization.

The cooperation often is not made in comprehensive form / in team, but in separate individual rehabilitation components. As the patients after acquired brain damage suffer from a number of problems and need support in all components of coordinated rehabilitation, the whole multidisciplinary team should necessarily be involved and coordinated. So called case manager, acting in the interest of the client and of the client's family, should be present in all organizations providing care to persons with health handicaps. The case manager will coordinate the provided multidisciplinary care, establish clear rules of cooperation together with the team, define how often the information will be passed, how often the team will meet, which professionals will be involved in the care for the patient, etc. All professionals should know their competences and be responsible for them.

Such ambiguities could be solved by legislative rules for coordinated rehabilitation. An interesting idea consists also in establishing so called community centres which would offer sufficient number of professionals from different profession, have clearly defined rules for the multidisciplinary care provided and for the mode of funding.

REFERENCES

[1] CHUA, K. & NG, Y. & YAP, S. & BOK, C. A Brief Review of Traumatic Brain Injury Rehabilitation. *Ann Acad Med, Singapore*, vol. 36/issue 1, pp 31-42, 2007.

[2] JANEČKOVÁ, M. Zkušenosti s dostupností podpory, rehabilitace a služeb po poranění mozku v České republice. In: JANEČKOVÁ, M. (ed.). *Život po poranění*

mozku: Sborník příspěvků z konference CEREBRA „Život po poranění mozku“, CEREBRUM – Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin, Praha, 2009, pp 42-49. ISBN 978-80-904357-0.

[3] JANEČKOVÁ, M. & ŽÍLOVÁ, T. & RADOCHOVÁ, K. (eds.). Doporučení k organizaci systému zdravotně-sociální péče o pacienty po získaném poškození mozku. Praha: CEREBRUM – Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin, 77 p., 2011. ISBN 978-80-904357-5-9.

[4] JANKOVSKÝ J. Koordinovaná podpora dětí a mládeže s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením v rámci uceleného systému rehabilitace. In: PFEIFFER, J. a kol. Koordinovaná rehabilitace. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích, pp. 49-120, 2014. ISBN 978-80-7394-461-2.

[5] JANKOVSKÝ, J. Multidisciplinární tým z hlediska sociálního pracovníka. In: KODYMOVÁ, P. Sešit sociální práce: Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu. Praha: MPSV, pp. 7-13, 2015. ISBN: 978-80-7421-088-4.

[6] KRULOVÁ, A., VACKOVÁ, J., ŠVESTKOVÁ, O., 2017. Community-based rehabilitation system for people with acquired brain injury in the Czech Republic (from the point of view of occupational therapist). In: Brain Injury Journal. 31 (6-7), 852-3, 2017. DOI:10.1080/02699052.2017.1312145

[7] LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M. Neurorehabilitace. Praha: Galén, 350 p., 2005. ISBN 80-7262-317-6.

[8] POWELL, T. Poškození mozku: Praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty. Praha: Portál, 120 p., 2010. ISBN 978-80-7367-667-4.

[9] TROJAN, S. & DRUGA, R. & PFEIFFER, J. & VOTAVA, J. Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka. 3.issue. Praha: Grada, 237 p., 2005. ISBN 80-247-1296-2.

[10] VOTAVA, J. a kol. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. Praha: Karolinum, 207 p., 2005. ISBN 80-246-0708-5.

[11] ZAHŘÁDKOVÁ, E. Teambuilding: cesta k efektivní spolupráci. Praha: Portál, 173 p., 2005. ISBN 80-7367-042-9.

Příloha 2: Seznam okruhů pokládaných otázek

1. SPOLUPRÁCE S KLIENTEM

- Jak dlouho pracujete s klienty? Uveďte doby nejdelší a nejkratší spolupráce (dále průměrné – pokud to lze).
- Jakým způsobem pracujete s klientem? Popište mi prosím celý průběh spolupráce – tedy od prvního kontaktu dále.

2. SPOLUPRÁCE S DALŠÍMI ODBORNÍKY

- Spolupracujete s jinými odborníky nad vybraným případem? Se kterými?
- Jaká je náplň práce těchto profesí? Popište mi běžný den fyzioterapeuta, ergoterapeuta a dalších odborníků.

3. SPOLUPRÁCE MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU

- Popište mi prosím vzájemnou spolupráci odborníků. Jak to probíhá?
- Jak často se schází tým odborníků nad vybranými případy?
- Kdo koordinuje práci jednotlivých odborníků?
- Kde se scházíte (u klienta či mimo klienta)?
- Kdo a jak dělá zhodnocení spolupráce?

4. SPOLUPRÁCE S RODINOU

- Popište mi prosím, jak je zapojena rodina do řešení situace klienta.

5. POZITIVA A NEGATIVA TÝMOVÉ SPOLUPRÁCE

- Jaká pozitiva přináší spolupráce mezi členy týmu?
- Jaká negativa přináší spolupráce mezi členy týmu?

6. ZNALOST A UPLATNĚNÍ KOORDINOVANÉ REHABILITACE

- Znáte pojem „koordinovaná rehabilitace“? Co to podle Vás znamená?
- Uplatňuje se koordinovaná rehabilitace v praxi Vaší organizace? Provádí ji ještě nějaká jiná organizace, kterou znáte?

10 SEZNAM ZKRATEK

CMP – cévní mozková příhoda

GAJU – grantový projekt Jihočeské univerzity

IP – individuální plán

JIP – jednotka intenzivní péče

KR – koordinovaná rehabilitace

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MŠ – Ministerstvo školství

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

OSN – Organizace spojených národů

OZP – osoby se zdravotním postižením

TP – těžké postižení

TPM – traumatické poškození mozku

WHO – Světová zdravotnická organizace

ZTP – zvlášť těžké postižení

ZTP/P – zvlášť těžké postižení s průvodcem