

UNIVERZITA KARLOVA
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Problematika ucelené rehabilitace v sociální práci

**Social work at the context of the comprehensive rehabilitation of
people with disabilities**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Autor:

prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

Bc. Ivan Kačur

Praha 2018

Poděkování

Srdečně děkuji paní profesorce Beátě Krahulcové za vřelou a nadstandardní podporu během celého studia a odborné vedení této práce a děkuji rovněž své matičce nejen za pomoc při přepisování rozhovorů.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci „*Sociální práce v kontextu komplexní rehabilitace*“ vypracoval samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu. V Praze dne 8.5.2018 Ivan Kačur.

Anotace

V této práci se zabývám rolí sociální práce v procesu koordinované rehabilitace osob se zdravotním, zjm. tělesným postižením, který nahlížím dvojitým úhlem. Jednak jako plošnou snahu propojit jednotlivé rehabilitační segmenty (léčebný, pracovní, sociální a pedagogický) v jeden zákonem zaštitěný celistvý, prostupný celek dostupných služeb směřující k dosažení co nejvyššího funkčního potenciálu jedince a co nejvyšší míry jeho zapojení do života. Jednak jako se stejným cílem lokálně vznikající síť služeb rehabilitačního charakteru ve smyslu welfare mix. Ve výzkumné části se budu věnovat pozici sociálního pracovníka v instituci Jedličkova ústavu a školy, resp. v organizacích Centra služeb Vyšehrad.

Klíčová slova

Osoba se zdravotním postižením, Osoba s tělesným postižením, Rehabilitace, Koordinovaná rehabilitace, Sociální práce

Annotation

In my theses I look into the problematic of comprehensive rehabilitation of people with health handicap from the perspective of social work by two different ways. Once as a trial to connect all the rehabilitation segments into one comprehensive by the law shielded unity with a goal to achieve the highest possible function potential of individual and the widest possible integration of person, once as a local welfare mix site of services with rehabilitation character with the same goal as in the first case. At the research part I will focus on a role of social workers in the institution of Jedličkův ústav a školy and Centrum služeb Vyšehrad, considered as institution providing services of comprehensive rehabilitation.

Key words

Person with health handicap, Person with disability based on moving skill limitations, Rehabilitation, Comprehensive rehabilitation, Social work.

Seznam zkratek

- OZP – osoba se zdravotním postižením**
- OTP – osoba s tělesným postižením**
- MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí**
- MZ – Ministerstvo zdravotnictví**
- SR – Sociální rehabilitace**
- LR – Léčebná rehabilitace**
- PR – Pracovní rehabilitace**
- PP – Pedagogická rehabilitace**
- SP – Sociální práce**
- Spr – Sociální pracovník**
- RHB - Rehabilitace/rehabilitační**
- Instituce* - Označení souhrnu služeb Jedličkova ústavu a Centra služeb Vyšehrad**
- SF - Sociální fungování**
- NOZ – Nový občanský zákoník**
- JÚŠ - Jedličkův ústav a školy**
- CSV - Centrum služeb Vyšehrad**

Obsah

Obsah	8
Úvod	10
1. Sociální práce	11
1.2. Profesionalita v sociální práci	
1.2.1. Životní situace a sociální fungování	13
1.2.2. Sociální práce jako profese	13
1.2.3. Lidská práva, solidarita, sociální stát, sociální politika Lidská práva	14
1.2.4. Sociální zabezpečení	17
1.2.5. Typy sociální práce	19
1.2.6. Odborná způsobilost dle zákona o sociálních službách	21
1.2.8. Sociální služby a příspěvek na péči	22
1.3. Perspektivy sociální práce	
1.3.1. Welfare mix	25
2. Zdravotní postižení	26
2.1. Tělesné postižení	
2.1.1. Komunikace a vztah	29
2.1.2. Životní situace osob se zdravotním postižením	30
2.1.3. Antiopresivní přístup	30
2.1.4. Sociální bydlení	31
2.1.5. Ekologický přístup	33
2.1.6. Disabilita	34
2.1.7. Invalidita a invalidizace	34
2.1.8. Přístup zaměřený na úkol	35
3. Koordinovaná rehabilitace	37
3.1. Podmínky pro koordinovanou rehabilitaci	
3.2. Sociální rehabilitace	
3.2.1. Bariéry v poskytování SR a její prostupnosti s ostatními rehabilitačními prostředky	44
3.2.2. Sociální služby v širším pojetí SR	44
3.3. Léčebná rehabilitace	
3.3.1. Personální zabezpečení	47
3.3.2. Bariéry prostupnosti služeb LR s ostatními segmenty rehabilitace	47
3.3.3. Zdravotně sociální pracovník	48
3.3.4. Ergoterapie a ergodiagnostika	49
3.4. Pracovní rehabilitace	50
3.5. Pedagogická rehabilitace	
3.5.1. Raná péče	53
3.6. Koordinovaná rehabilitace ve smyslu welfare mix	54
3.6.1. Neziskové vládní organizace a NNO	55
3.6.2. Sociální ekonomika	57
3.6.3. Komunita	58

4. Výzkumná část	59
4.1. Cíl.....	59
4.2. Metoda.....	60
4.3. Metodika.....	61
4.4. Profil Jedličkova ústavu a školy.....	61
4.4.1. Multidisciplinární tým JÚŠ	63
4.5. Profil Centra služeb Vyšehrad.....	64
4.6 Data a jejich interpretace.....	71
4.6.1. Anna – samostatné bydlení, konzultační pobyty, externí klienti	67
4.6.2. Andrea - vedoucí tréninkového programu pro OZP	72
4.6.3. Tereza - sociální pracovnice ambulantní části SPC	77
4.6.4. Jitka - vedoucí služby sociální rehabilitace, Asistence o.p.s.,	80
4.7. Vyhodnocení.....	84
Závěr	87
Seznam použité literatury	88

Úvod

V této diplomové práci se budu věnovat tématu koordinované rehabilitace osob s tělesným postižením (OTP) z pohledu sociálního pracovníka. Motivaci k zaměření se na toto téma vnímám dvojitým způsobem. Jednak skrze prizma profesního zájmu studenta sociální práce a pracovního terapeuta v pracovně tréninkovém programu pro lidi s tělesným postižením, jednak jako člověka s vlastní zkušeností s životem s tělesným postižením, která mi poskytuje zkušenostní vhled a zároveň mě váže k tématu životní situace OTP vlastní emocionální intencí. Rovněž koordinovanou rehabilitaci vnímám v této práci dvojitým způsobem. Jednak jako oblast zájmu sociální politiky státu vytvořit platformu pro propojování služeb léčebné, pracovní, sociální a pedagogické rehabilitace, tedy jako komplexní úkol s jasným cílem¹ a nejasným či nemožným řešením zahrnujícím problematiku financování systému, gescí ministerstev, dostupnosti služeb, personálního a institucionálního zabezpečení, metodických postupů, ..., jednak jako oblast propojování zájmu sociální politiky a činnosti veřejnoprávních, soukromoprávních, tržních a neformálních subjektů při podpoře sociálního fungování OTP konsolidací zdrojů sociability ve smyslu welfare mix.

V práci se snažím nastínit možnosti podpory sociálního fungování OTP sociální prací, ve smyslu krystalizující instituce podpory, disponující teoretickým a metodickým podkladem pro zachycení klientovi situace a plánování charakteru intervence, nástroji sociálního zabezpečení a veřejnoprávními i soukromoprávními institucemi zajišťující poskytování sociálních služeb. V praktické části nastiňuji spektrum poskytovaných služeb v rámci organizace Jedličkova ústavu a škol a Centra služeb Vyšehrad a zaměřuji se na roli sociálního pracovníka v rámci poskytovaných služeb komplexní péče o člověka s tělesným postižením.

1 Zajištění plošně dostupné sítě vzájemně prostupných, koordinovaných služeb v jednotlivých oblastech rehabilitace, které budou v závislosti na klientových potřebách poskytovat multidisciplinární péči a podporu s cílem dosáhnout maximální možné úrovně zdraví a úrovně sociálního začlenění.

1. Sociální práce

Sociální práce je praktickou činností a akademickou disciplínou, jejíž proces krystalizace jakožto svébytného oboru započal v souvislosti se společenskými změnami průmyslové revoluce a jenž organicky pokračuje i v době post-moderní.

1.1. Vznik sociální práce jako nástroje státem organizované sociální pomoci

Pro deskripci současného stavu sociální práce a promýšlení jejího přínosu a pozice vůči jiným odbornostem v rámci systému koordinované rehabilitace je nutné vzhledem k tomu, že vývoj sociální práce odráží proměny společnosti, nejprve nastínit kontext jejího historického vývoje. Pro potřeby této práce je nutné si stanovit významové hranice pro pojem sociální práce. V širokém slova smyslu prošla sociální práce mnohaletým vývojem, kořenícím v našem prostředí z kulturně-hodnotové tradice křesťanství. Podobami jejího historického vývoje v rámci křesťanské církve se zabývá například Messina (2005). Tyto dějiny zrcadlí podoby nezištné a obětující se lásky (agapé) v jedinci pokorně se sklánějícímu k trpícímu bližnímu v napodobování Kristova služebného archetypu, přes organizovanou výstavbu institucí pomoci nemocným a nemajetným, až po výstavbu sociální jako svébytné a ohraničené společenské oblasti uvnitř nově vznikajících národních států. „*S francouzskou revolucí se stalo zlaicizování charitativní činnosti jedním z hlavních pilířů politického a sociálního programu*“ (Messina, 2005: 120).

V tradičních společnostech tvořila zásadní podpůrný prvek při řešení životních problémů rodina a komunita (Kuzníková, 2011). Členové těchto dvou základních společenských institucí k sobě mohli být vázáni jak pocitem sounáležitosti, tak praktickou nutností kooperace pro zajištění základních životních potřeb a zabezpečení vůči vnějším rizikům. Do devatenáctého století byla sociální pomoc kromě zmíněné instituce rodiny a komunity poskytována prostřednictvím chudinských zákonů, církevní charity a v pracovních domech (Navrátil, 2001).

Významný vliv na proměnu sociální přinesly ekonomicko-sociálně-politické změny přelomu osmnáctého a devatenáctého století. Keller (2007) popisuje počátky procesu modernizace na rovině revoluce průmyslové a demokratické revoluce, tkvící v postupném nahrazování tradičních monarchistických forem moci demokratickými systémy zdůrazňujícími jedinečnost individua s důrazem na rovnost a bratrství, prosazující ideál rovnosti všech občanů. Na úrovni

průmyslové umožnilo využívání složitých technologií transformaci procesu výroby. Rozvoj výstavby továrenských systémů se strojovou výrobou využívající dělnickou rutinní práci v ubíjejícím strojovém rytmu, umožnil masovou produkci zboží a podílel se na migraci obyvatelstva z agrárních oblastí na nově vznikající městské periferie. „*Výchozí fáze modernity je charakteristická pro konec osmnáctého století a pro první dvě třetiny století devatenáctého, kdy většinu obyvatel země, ... tvoří vykořeněné a neplnoprávné masy*“ (Keller, 2007: 26). Generalizovaná role dělníka, jakožto nahraditelného prodejce vlastní pracovní síly je příkladem nové životní situace ilustrující existenci společensky generovaných rizik a nedostatečnost či absenci původních vyrovnávacích mechanismů je řešit. Vyvázanost z původní závislosti na feudálních vztazích a z podpůrné sítě komunity, cechů a rozpadající se instituce široké rodiny znamenala nutnost hledání nových řešení v situaci neuspokojivých hygienických podmínek ve městech, nejistotě zdrojů v případě pracovního úrazu, nemoci, stáří či nedostatečné pracovní kvalifikace. „*Expanze námezdní práce, procesy individualizace a urbanizace s sebou přinášejí nová existenční rizika, která v dlouhodobé perspektivě nutně vyvolávají potřebu adekvátní reakce k jejich eliminaci či alespoň zmírnění jejich důsledků*“ (Rákosník, 2012: 26).

Keller (In Rákosník, 2012, s. 27) mezi znaky modernizace jmenuje:

- a) **generalizaci** (vztahy přestávají být založeny na konkrétních lidech a situacích – formalizované struktury sestávají z nahraditelných pozic)
- b) **nárůst pozice jednotlivce a jeho vymaňování z původních struktur**
- c) **funkční diferenciaci** – vznik autonomních subsystemů sociálního života (právo, ekonomie, politika) a rozmach formálních institucí a jejich přebírání funkcí rodiny a komunity včetně funkce výchovné, vzdělávací, zdravotnické.

Musil (1996) popisuje přelom devatenáctého a dvacátého století v sociální oblasti podle činnosti zmocněných osob přeměňujících existující systémy pomoci, jejichž nositeli byly církev, obec či spontánní iniciativy a přirozené sociální vazby a zavádějících „*státem garantované, financované nebo provozované systémy sociálního pojištění, sociálních podpor a sociálních služeb*“ (s. 12), čímž se stát stává garantem uspokojivého životního standardu.

1.2. Profesionalita v sociální práci

V rozmanité paletě odborností, které vykrytalizovaly v rámci společenského vývoje zaujímá svou pozici povolání sociálního pracovníka. Jak tuto profesi charakterizovat? Čím se liší od

ostatních odborností? K čemu je její výkon dobrý?

1.2.1. Životní situace a sociální fungování

Navrátil (2001) si klade otázku, co by měl sociální pracovník dělat, aby mohl pomoci klientovi lépe sociálně fungovat. Odpovídá ve zkratce tím, že je nutné, aby si sociální pracovník odpověděl na otázku, kterým oblastem sociálního fungování přikládá váhu a které faktory jsou či byly pro klienta bariérové či vytvářejí předpoklady pro jeho sociální fungování. Specifická konfigurace těchto faktorů bývá označována termínem životní situace.²

V sociální práci je koncept sociálního fungování sociálním pracovníkem využíván pro definici intervenčního místa v životě klienta. Navrátil (2001) jej představuje jako nástroj pro popis výsledků střetů nároků okolí na člověka a schopností člověka tyto nároky zvládat. Zároveň s tím vyjadřuje schopnost či neschopnost okolí uspokojit nároky, které na ně jednotlivce klade, čímž prohlubuje koncept sociálního fungování popsany Barlettovou (1970 In Navrátil, 2001). Výsledky těchto vztahů jsou vyjádřeny dvěma základními kategoriemi: Komplementaritou, tedy funkčním stavem daným kapacitou pro naplňování očekávání ze strany společnosti, respektive jedince, a nekomplementaritou, tedy problémovým stavem daným inkapacitou okolí, resp. jedince. Pověštinou jsou nároky okolí na jednotlivce a jeho schopností je zvládat (coping) v rovnováze. V životě každého člověka nastávají situace, kdy není v jeho silách určité vnější tlaky zvládat, respektive není v moci společnosti naplňovat klientova očekávání, což má za následek vznik disbalance mezi osobou a jejím okolím. V této práci se budu zabývat nástině některých problematických oblastí sociálního fungování osob s tělesným postižením a zjm. institucionalizovaných forem podpory zvládnání problematických aspektů sociálního fungování a snahou o propojování jejich fungování.

1.2.2. Sociální práce jako profese

Matoušek (2013) vnímá sociální práci jako výsledek sociální konstrukce, jejíž podoby i cíle závisí na sociálně-kulturním kontextu. Není proto možné sociální práci chápat a hodnotit

2 Takto definovaný termín životní situace koresponduje se schématem situačního postavení člověka při výkonu aktivit a participací při limitovaných tělesných funkcích a schopnostech ve vztahu podpůrné či bariérové funkce okolních faktorů.

nadčasově. Na státní úrovni je existence institucí tvořících platformu pro výkon sociální práce závislá na stanovení cílů, způsobů realizace a financování sociální politiky a sociální práce je tedy závislá na politických rozhodnutích.³

„Sociální práce je profesionální aktivita zaměřená na pomoc jednotlivcům, skupinám i komunitám zlepšit nebo obnovit schopnost jejich sociálního fungování v jim přirozeném sociálním prostředí. Sociální práce se také zasazuje o změnu společenských podmínek s cílem dosažení stanoveného cíle. Sociální práce je založena na principech lidských práv a společenské spravedlnosti a solidarity“ (MPSV, Strategie 2014: 15).

Takto stanovená definice sociální práce vyvolává otázky, v čem spočívá profesionální výkon sociální práce, co je to sociální fungování, co je to přirozené sociální prostředí, co jsou to principy lidských práv, společenská spravedlnost a solidarita.

1.2.3. Lidská práva, solidarita, sociální stát, sociální politika

Lidská práva

Koncept lidských práv je základem pro tvorbu sociálně politických cílů stejně jako základním stavebním kamenem pro směřování intervence sociálního pracovníka a prizmatem jeho pohledu na klienta. Tomeš (2010) přiznává jeho počátky době osvícenství, která přispěla svými „*přirozeněprávními a demokratickými teoriemi k definování hlavního cíle sociální politiky v demokratické společnosti – zajištění nezadatelného lidského práva na existenci, na život*“ (s.74). Hodnota každého člověka je v dnešní době veřejně deklarována. Každý jedinec se svým narozením až po smrt stává nositelem práv. Právo přirozené se stalo součástí práva pozitivního. Vzájemné uznání lidských práv jednotlivým členům společnosti jednotlivými členy společnosti nechává vzniknout spletenci vztahů z přediva vzájemného respektu a zodpovědnosti vůči soukmenovcům lidské společnosti, méně idealisticky alespoň společnosti občanské či národní, za naplňování sice ohraničeného, ale jinak prázdného prostoru, jímž je právo samotné nositelem, konkrétním obsahem. V dnešní době se tento koncept opírá o

³Instituce sociální práce v širším pojetí, tedy organizace vzešlé z občanského sektoru bez registrace podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, jsou často finančně závislé na grantové podpoře a finanční podpoře firemních a soukromých dárců, což spoluusměřuje možnost výkonu jejich služeb ve vztahu k potřebě přizpůsobovat se kritériím přidělení grantů či vůli dárců spojovat se s činností provozovanou danou organizací určité cílové skupině.

Všeobecnou deklaraci lidských práv a svobod, jakožto nezávazný dokument vyhlášený roku 1948 OSN. Závaznými dokumenty o lidských právech jsou Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, Evropská sociální charta, Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech. Ve vztahu k cílové skupině OZP se jedná o Úmluvu osob se zdravotním postižením a zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací (tzv. antidiskriminační zákon)

Solidarita

Koncepci solidarismu L. Duguíta zmiňuje Večeřa (1993) v souvislosti s principem solidarity jako nutnost sociálního konsenzu projevujícího se mezi lidmi jakožto společenskými tvory podřizujícími se zákonům společnosti, „z nichž nejzákladnějším zákonem je norma *solidárnosti*“ (Večeřa, 1993, s. 31), která se mění podle stupně rozvoje společnosti. V moderním státě se projevuje redistribucí společenských zdrojů. Tomeš (2011) jmenuje mezi nástroji sociální solidarity regulace, povinné pojištění a redistribuce daněmi. Tyto nástroje pomoci tvoří institucionalizovanou, odosobněnou formu solidarity, přičemž shromažďování zdrojů k redistribuci je garantováno tokem financí po zákonně opatřených cestách často mimo zřetel a někdy i souhlas participantů a nepředpokládá identifikaci s druhými jako základ projevu solidarity a tím oslabuje sociálně konstitutivní funkci sdílení. Mezi další druhy formalizované solidarity je možné zařadit dobrovolné dárcovství na podporu veřejně prospěšných projektů či dobrovolnickou činnost. Za osobní zdroj sounáležitosti považují ideu květu bratrství a sesterství rašící mezi všemi světovými entitami z živné půdy lásky, čekající na přijetí, volně proplovající veškerenstvem.

Sociální stát

O nutnosti plošně řešit společensky generované problémy lidí, kteří byli v důsledku sociálně - ekonomických proměn odstřiženi od svých primárních zdrojů sociability společně s politickou mobilizací dělnické třídy a vývojem politických institucí a struktur píše Večeřa (1993: 56 – 58) jako o historických souvislostech vzniku sociálního státu. Vývoj této instituce periodizuje na období **experimentálních počátků** se snahou o zavádění pojišťovacích schémat pro zajištění v nepříznivých životních událostech z konce předminulého století, **období konsolidace** ve třicátých letech minulého století charakterizované vzestupem státního intervencionismu v období velké hospodářské krize, období **sociální přestavby** opírající se o národní konsensus poválečných zemí a systém sociálního pojištění, jehož funkci vymezuje

Beveridge (In Rákosník, 2012) skrze pojem sociální bezpečnost, jako systém zabezpečující propadnutí tzv. pěti sociálním zlům (bída, nezaměstnanost, nemoc, špína, nevědomost), **období expanze** (zlatého věku sociálního státu) během něhož se zvyšoval jednak obecný blahobyt, jednak podíl sociálních výdajů na hrubém národním produktu, **období stagnace** s pokračujícím růstem sociálních výdajů v době poznamenané ropnou krizí v sedmdesátých letech a **období rekonceptualizace sociálního státu** vyžadující redukci sociálních programů. Sociální stát definuje Večeřa (1993) jako „*stát ve kterém demokraticky organizovaná moc prostřednictvím sociálního zákonodárství a činnosti státních orgánů a institucí :*

- a) *garantuje základní příjem pro každého jedince a rodinu na úrovni životního minima*
- b) *poskytuje sociální dávky umožňující předejít, zmírnit nebo překonat sociální rizika možných sociálních událostí...*
- c) *zajišťuje poskytování veřejných sociálních služeb (zjm. v oblasti školství a zdravotnictví) odpovídající úrovně pro všechny jedince bez ohledu na jejich sociální status“ (s. 28).*

Sociální politika

Potůček (1995) rozlišuje mezi sociální politikou jakožto **praktickou činností a politickým procesem** a mezi sociální politikou jako **vědním oborem**, který tento proces zkoumá.

Jako cíl prakticky laděné sociální politiky jmenuje čelení sociálním a ekonomickým hrozbám dorážejícím na člověka v průběhu života a vytváření přívětivých podmínek pro rozvoj jednotlivců a skupin.

Dvojí optiku pro pojetí sociální politiky nabízí rovněž Tomeš (2010). Jedná se jednak o lidskou činnost vztaženou na řešení sociálních problémů různých podstat a příčin, jednak o vědu, která „*zkoumá a kategorizuje sociální problémy i jevy ve společnosti a analyzuje úsilí o řešení problémů i způsoby ovlivňování vývoje sociálních jevů“ (s. 21).*

Druhou dichotomizaci sociální politiky provádí Tomeš (2010) na základě rozlišení šíře subjektů, které jednotlivé pojetí zahrnuje, a sice na politiku veřejnou (politika státu a jeho orgánů) a společenskou politiku jakožto politiku všech organizovaných skupin společnosti.

Definuje sociální politiku jako „*soustavné a cílevědomé úsilí veřejných i soukromých sociálních subjektů provozovat, rozvíjet, měnit nebo rušit činnosti vlastního nebo jiného sociálního systému“ (s. 102).*

Subjekty sociální politiky

Sociální politika je řízeným a iniciovaným procesem. Nositelé těchto charakteristik ve formě ustáleného seskupení lidí (Tomeš, 2010) sociální politiku tvoří a nazývají se subjekty sociální politiky. Potůček (1995, s. 55-56) za ně považuje: občany, rodiny, sousedství, církve, svépomocná sdružení, specializované instituce poskytující služby (veřejné i soukromé), neziskové organizace, firmy, odbory, politické strany, stavovská (profesionální) sdružení, hromadné sdělovací prostředky, státní moc a správu, samosprávu, veřejnou správu, nátlakové skupiny. Matoušek (2007) hovoří o subjektech sociální politiky jakožto o sociálních systémech, kterými jsou „*určitým způsobem uspořádané soustavy lidí a vztahy mezi nimi. Systémy svou sociální politiku zpravidla směřují ke změně či zabezpečení chodu svého nebo jiných sociálních systémů*“ (s.156). Sociální systémy dělí na formalizované a neformalizované a vzhledem k charakteristice cílenosti a systematičnosti aktivit tvořících sociální politiku jako její subjekty určuje jen formalizované skupiny, tedy skupiny s formalizovanou strukturou, určenými a respektovanými rolemi, vlastními normami a sankcemi. Neformalizovaným skupinám přiřazuje možnou funkci nátlaku na formalizované systémy s cílem změny jejího fungování.

1.2.4.Sociální zabezpečení

Sociální zabezpečení je plodem sociální politiky státu (Kahoun, 2013). Můžeme mu rozumět jako souhrnu nástrojů vzniklých jako výraz snahy státu zabezpečit sociální fungování člověka v moderní společnosti v nezvyklých životních situacích, tedy jako souhrnu nástrojů sekundární sociability. Jedná se o soubor státem garantovaných a právně ukotvených dávek a služeb, pojistných systémů, regulací a statusů sloužících k podpoře sociálního fungování a uplatňování lidských práv v různých životních situacích:

- v nemoci
- v nezaměstnanosti
- ve zdravotním poškození a invaliditě
- při pracovním úrazu a nemoci z povolání
- ve stáří
- v těhotenství a mateřství

- v rodičovství
- při úmrtí živitele

Sociální pojištění

„Sociální pojištění je povinný finanční systém, kterým se člověk sám (nebo někdo jiný jej) povinně zajišťuje pro případ budoucí sociální události tak, že odkládá část své osobní spotřeby“ (Boguszak, J et al., 2004, s. 347). Povinností systému je míněna garance jeho fungování a právní podloženost. Povinností osoby zajišťovat se je míněna svázanost povinnosti přispívat do systému s právem přijímat jeho dávky⁴, respektive prevence před restrikcemi za nepřispívání do pojistného fondu.

Sociální podpora

Je systém poskytování dávek v definovaných případech (Kahoun, 2013). V České republice se uplatňuje podle zákona č. 117/1995 Sb., o sociální podpoře.

Sociální pomoc

Jedná se o redistributivní systém pomoci občanům v hmotné nouzi tvořící tzv. záchrannou síť, jejímž úkolem je zachytit osoby, které se ocitly v určité obtížné životní situaci a kterou nedokáží: „řešit sami ani s pomocí své rodiny, přičemž nemají nárok na pomoc ze systému sociálního pojištění ..., resp. státní sociální podpory,... případně je takový nárok nedostatečný“ (Kahoun, 2013, s. 17).

Mimo finančně materiální pomoc přiřazuje Kahoun (2013) k sociální pomoci i poskytování sociálních služeb jakožto výrazu sociální péče. Poskytování sociálních služeb a příspěvku na péči se řídí zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen zákon o sociálních službách).

Dávky sociální pro osoby se zdravotním postižením

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením definuje dávky peněžní podpory a sociální výhody pro osoby se zdravotním postižením a upravuje podmínky pro jejich poskytování. Cílem jejich poskytování je zmírnit sociální důsledky zdravotního postižení a podpora sociálního začleňování.

4 Byť může být například pro nárok na výplatu dávek sociálního zabezpečení příspěvková participace nepřímá, tedy účastník nepřispívá adresně do pojistného fondu, ale platbou daní do státního rozpočtu, ze kterého je systém financován

Tyto dávky představují **příspěvek na mobilitu** pro osoby s nárokem na průkaz OZP označený symbolem ZTP či ZTP/P, která se v kalendářním měsíci pravidelně a za úhradu dopravuje nebo je dopravována a **příspěvek na zvláštní pomůcku**. Zákon rovněž upravuje podmínky pro získání **průkazu OZP** a výhody z něj vyplývající. Existují tři typy těchto průkazů, přičemž jednotlivé stupně odpovídají závažnosti funkčního postižení od něhož se odvíjí i množství a rozsah výhod. Jedná se o stupně TP pro osoby se středně těžkým funkčním omezením pohyblivosti a orientace, ZTP pro osoby s těžkým funkčním omezením a ZTP/P pro osoby se zvláště těžkým funkčním postižením⁵

1.2.5. Typy sociální práce

Otázkou, čím se přínos výkonu profese sociálních pracovníků liší od přínosu výkonu příslušníku jiných profesí (právník, terapeut, pečovatel,...), se zabývá Musil (2008). Rovněž zmiňuje, že vymezení fortelnosti sociálních pracovníků tvoří předpoklad pro jejich rovnocennou pozici při mezioborové komunikaci. Ze zkušenosti vlastní praxe a pozorování abstrahuje tři typy zaměření sociální práce s cílem vytvoření orientačních bodů v bohatém, ale nepřehledném spektru nabídky sociální práce. První přístup nazývá **administrativním** a charakterizuje jej úřednické pojetí, obstarávání zákonem specifikované agendy, jež je pracovníkovi svěřena a s jejímž legislativním vymezením je důkladně seznámen. Mezi komunikační kompetence patří schopnost zvládnout vyjednávání s *nevhodně* se chovajícím klientem. Pro výkon tohoto typu sociální práce zaměstnavatel nevyžaduje vzdělání přesahující rámec středoškolského studia. **Profesionální** pojetí očekává minimálně vyšší odborné vzdělání a zkompetentňuje pracovníka k vytváření, realizaci a vyhodnocování intervencí vycházejících z konkrétních potřeb a specifické situace klienta. Reflexí praxe na supervizích a samostudiem se očekává od pracovníka rozšiřování a prohlubování znalostí a vědomostí v dané oblasti sociální práce. Základem **filantropického** pojetí je altruismus a empatie, na které staví pracovník spontánní lidský vztah⁶, skrze nějž vnímá a snaží se naplňovat specifické klientovy potřeby. Pracovník není úředník ani profesionál s jasně

5 Tyto stavy zákon zároveň i definuje popisem aktivit a rozsahem jejich zvládnutí. Do okruhu oprávněných osob patří u každého stupně i osoby s poruchou autistického spektra.

6 Skrze dlouhodobou reflexivní praxi a průběžné vzdělávání předpokládám možný přechod z typu filantropického k typu profesionálnímu, při nenaplnění jediného atributu, kterým je povinně dokončené vzdělání.

vymezenou škálou kompetencí a oblastí pro vlastní intervenci. Kritériem pro výkon povolání není příslušná kvalifikace, ale vlastní odhodlání pro naplňování cíle pomoci bližnímu či ideologicky podmíněný zápal pro nastolení společenské změny.

Tato zmíněná pojetí jsou chápána jako ideální typy, jež se v plnosti svých jednotlivých atributů koncentrovaných do osoby či instituce v praxi nezrcadlí, ale zprostředkovávají orientaci ve spektru profesních směřování.

V této práci se zaměřuji na roli příslušníků jednotlivých typů sociální práce následujícím způsobem:

I. typ administrativní: vymezení zákonem vymezené agendy sociálního pracovníka při podpoře sociálního fungování klienta v oblastech odpovídajících složkám koordinované rehabilitace.

II. typ filantropický: zmínit důležitost navázání důvěrného vztahu mezi klientem a sociálním pracovníkem, respektu k individuálním potřebám a respektu ke člověku jako k jedinečné a neopakovatelné bytosti.

III. typ profesionální: popsat roli profesionálního pracovníka jako odborníka orientujícího se v nabídce služeb zabírající oblast prvních dvou typů SP, se současným náhledem do zdravotnického a vzdělávacího systému a účinně komunikujícího a mapujícího životní situaci klienta s ohledem na naplňování jeho potřeb a zlepšování problematických aspektů jeho sociálního fungování s možností naplňování role koordinátora poskytování jednotlivých služeb.

Stejně jako Musil, tak i Payne (In Navrátil, 2001) klasifikuje přístupy vykrystalizované v sociální práci trojičně, a sice jakožto *malá paradigmata sociální práce*. Skrze **terapeutické** paradigma nahlíží sociální pracovník základ sociálního fungování ve vnitřních procesech klienta, jejichž harmonizace a rozvoj jeho osobnosti je cílem sociální práce, čehož je dosahováno formou psychoterapie. **Reformní** paradigma klade důraz na společenskou rovnost v různých dimenzích společenského života, jíž je dosahováno zplnomocňováním klientů a jejich zapojování do vytváření společenského tlaku na instituce třímající ve svých rukou moc nad podobou sociálního řádu, který je charakteristický útlakem určitých společenských skupin. **Společenské** paradigma pomáhá klientovi v sociálním fungování v rámci stávajících společensko-mocenských konstelací zprostředkováním přístupu k relevantním informacím a dostupným službám.

Pro naplňování cílů koordinované rehabilitace, resp. pro nastolení fungování takového rehabilitačního systému, je třeba nahlížet roli sociálního pracovníka prizmatem všech tří paradigmat zároveň, a to z těchto tří důvodů:

I. skrze terapeutické paradigma jde o vytváření vztahu důvěry mezi klientem a sociálním pracovníkem, který je předpokladem vzájemného porozumění, zjišťování klientových představ a potřeb a umožňuje pracovníkovi zkompetentňovat klienta v řešení nepříznivé situace.

II. Reformní paradigma: deklarovaná rovnost všech skupin obyvatelstva, včetně osob se zdravotním postižením nesouzní s odrazem společenského uspořádání, naopak životní situace OTP je limitovaná mnoha druhy bariér, jejichž podstata má jak architektonický, tak postojoyvý charakter. Tyto bariéry je třeba bořit a postoje reformovat.

III. Společenské paradigma: život člověka se zdravotním postižením je facilitován mnohými formami služeb a dávek, v nichž se sociální pracovník musí orientovat s cílem jejich využití při podpoře sociálního fungování klienta. Tyto služby a dávky je třeba rovněž nahlížet kriticky, ve smyslu uvažování nad jejich dostatečností, dostupností, potřebností, prostupností.

Úlehla (1999) považuje za podmínku profesionality fakt, že pracovník *ví, co dělá*. Že jeho chování je podloženo prověřenými teoretickými koncepty, vytváří předpoklady pro nahlížení klientovi životní situace a zdůvodňují způsob pracovníkovy intervence.

1.2.6. Odborná způsobilost dle zákona o sociálních službách

Odbornou způsobilost pro výkon povolání sociálního pracovníka stanovuje zákon o sociálních službách. Činí tak skrze kritérium dosaženého vzdělání, kterým se rozumí:

I. vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci a sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost

II. vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku.

III. vzdělání podle zákona č. 96/2004 Sb. O nelékařských zdravotnických povoláních v případě sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních.

Metody sociální práce

V rámci koordinované rehabilitace jako komplexu služeb rozdílného charakteru se zaměřením na potřeby jednotlivce a využití podpůrných služeb jeho okolí a vytváření sítě podpory je využívána metoda case managementu.

Case management je metodou sociální práce s jednotlivcem směřující k podpoře klienta při využití všech dostupných zdrojů (rodina, komunita, sociální a zdravotnické služby,...) a jejich souběžné koordinaci se zaměřením na potřeby klienta. Rolí koordinátora je pověřen odborník, často sociální pracovník, který je zodpovědný za identifikaci potřeb klienta a který ve spolupráci s klientem a dalšími odborníky vytváří individuální plán podpory. (Solařová, 2013). Role tohoto pracovníka je nazývána též případový manager či **klíčový pracovník** a jeho cílem je hledání východisek z nepříznivé sociální situace klienta a jeho blízkého okolí. Tato osoba může hrát i roli facilitátora/**moderátora** případových konferencí. Tato úloha je důležitá pro komplexní hodnocení klientovy životní situace v kontextu jeho prostředí, který je znázorňován výpověďmi klienta a účastníků konference, kterým facilitátor zajišťuje rovnocennou pozici a dostatečný prostor pro sebevyjádření. **Případová konference** je nenahodilé setkání klienta a zástupců jeho podpůrné sítě, v rámci něhož probíhá výměna informací, zhodnocení situace, hledání řešení nepříznivé situace a plánování postupu podpory. Výsledkem snah je vytvoření individuálního plánu. Užší variantou případové konference je konference rodinná, které se kromě klienta a moderátora účastní neodborní členové klientovy podpůrné sítě (členové rodiny, komunity). Síť je míněno spojení lidí či organizací na formální či neformální bázi, které umožňuje komunikaci, sdílení, podporu či spojování k dosahování cílů mezi jednotlivými členy sítě (Solařová, 2013).

V kapitole zdravotní postižení je nastíněn antiopresivní a ekologický přístup a přístup zaměřený na úkoly a přístup zaměřený na člověka

1.2.8. Sociální služby a příspěvek na péči

Pojem sociální služba uvádí Tomeš (2010) ve třech významech. Prvním je služba státní instituce ve prospěch jiné osoby, druhý význam zahrnuje jako poskytovatele pomoci i soukromoprávní subjekty a ve třetím případě ztotožňuje sociální službu se sociální prací jakožto „*odbornou činností profesionálních pracovníků ve prospěch lidí v nouzi*“

(s.38). Odborná sociální služba může být přitom poskytována jak služba veřejnoprávní, tak soukromoprávní.

V současné době jsou v rámci české legislativy sociální služby vymezeny zákonem o sociálních službách. Sociální službou je činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem **sociálního začlenění** nebo prevence sociálního vyloučení.

Objektem podpory a pomoci jsou fyzické osoby v nepříznivé sociální situaci. Nepříznivou sociální situací je míněno oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, **nepříznivého zdravotního stavu**, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.

Prostředkem zmíněné podpory a pomoci jsou sociální služby a příspěvek na péči.

Sociální služby se dělí na tři základní druhy: poradenství, péči a prevenci a jsou poskytovány v pobytové, ambulantní a terénní formě. Zákon stanovuje též typy zařízení, v nichž jsou sociální služby poskytovány a soubor základních činností při poskytování sociálních služeb.

Příspěvek na péči

Je právně upravenou ⁷dávku určenou osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb. Poskytnutý příspěvek je určen k uhrazení těchto služeb. Výše příspěvku se odvíjí od věku adresáta dávky (ve dvou kategoriích: starší a mladší osmnácti let) a podle míry závislosti (ve čtyřech kategoriích podle množství nezvládaných úkonů).

Komunitní plánování sociálních služeb

Komunitní plánování je plánovací aktivitou, která má zajistit přehled nad potřebami lidí v daných obcích a krajích a vytvoření a udržování sítě sociálních služeb. Komunitní plánování, je a) metoda, kterou lze na úrovni obcí nebo krajů plánovat sociální služby tak, aby odpovídaly místním specifikům i potřebám jednotlivých občanů, b) otevřený proces zjišťování potřeb a zdrojů a hledání nejlepších řešení v oblasti sociálních služeb. Do procesu analýzy potřeb a plánování služeb jsou zahrnuty tři strany představující zástupce veřejné správy, soukromé a státní poskytovatele sociálních služeb a uživatele sociálních služeb (Rosecký, Oriniaková, 2003)

7 Zákonem o sociálních službách a Vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádí zákon o sociálních službách

1.3.Perspektivy sociální práce

Chytil (2007) diskutuje ve své stati pohledy na vliv sociálně-ekonomických změn v období tzv. druhé fáze modernity, tj. období od druhé třetiny dvacátého století, na budoucnost sociální práce. Vychází při tom z teze, že „sociální práce je nerozlučně spjata s vývojem projektu moderny a jejího rozvoje“ (Rauchensbach In Chytil, 2007: 64) a že sociální práce je „funkcionální odpovědí na strukturální změny související se vznikem a rozvojem industriální společnosti“ (Merten In Chytil, 2007: 66).

Znaky moderní společnosti druhé fáze modernizačního procesu uvádí následující. **Individualizace** souvisí s rozpadem tradičních institucí sociální pomoci. Životní hrozby a rizika jsou produkovány sociálně, přičemž jsou jednotlivci v absenci přirozených podpůrných sociálních sítí odkázáni na jejich řešení vlastními silami s omezenými zdroji. Na společenské úrovni to znamená, že se jednatelce při řešení životních potíží stává závislým na společenských systémech s nejistou existencí. **Funkční diferenciaci** vyjadřuje, že oblast sociální práce je jen jednou ze specializovaných disciplín. „Sociální ochrana a pomoc v kritických životních situacích není o nic důležitější než problémy ekonomické, politické, vojenské a další. V důsledku vzájemného soupeření o finance se jiné podsystémy chovají vůči sociální oblasti konkurenčně“ (s. 65). **Racionalizace** značí, že vytváření sociální oblasti se děje podle vzorce ekonomické efektivity. „Sociálně má nárok na existenci v případě, že se vyplácí“ (s.65). **Generalizace** - globální integrace probíhá na úrovni generalizovaného utilitarismu. Doprovází ji ztráta lokálních kontextů a lokální dezintegrace. „Ekonomie vystupuje jako paradigma společné všem humanitním a sociálním vědám“ (s.65). **Proměna struktury společnosti** je charakterizována vyostřováním sociálních rozdílů, zpochybňováním základních institucí stabilizujících modernu - stát a rodinu. „Modernizace sociálního státu znamená to, že veřejný sektor ustupuje trhu se sociálními problémy“ (s.65). **Proměna sociální** - vůči vazbám ochrany a pomoci vzniklým v době moderny, tzv. *institucím sekundární sociability*, vzniká z hlediska jejich finanční náročnosti nárok na redukci. **Kolonizace veřejného soukromým**, znamená, že „privatizace veřejných služeb – školství, zdravotnictví, sociálních služeb, ale i soudnictví, policie a vězeňství je heslem modernizace“. Na základě těchto charakteristik Chytil diskutuje budoucnost sociální práce při vyřčení předpokladu, že vývoj teorií a metod souvisí s vývojem moderny a dochází k závěrům, že

současná sociální práce ve svých metodách individuální a skupinové práce není schopná teoreticky reflektovat společenské změny a vznáší otazník nad perspektivou jejího přežití vzhledem k tomu, že její realizace je bytostně spojena s institucemi sekundární sociability ohrožovaných redukcí a odbouráváním. Tato vize je východiskem pro zvažování ekonomické výhodnosti zavedení systému koordinované rehabilitace a z hlediska promýšlení podpory a péče o osoby se zdravotním postižením impulzem k zaměření pozornosti na význam role podpůrných iniciativ vycházejících z občanského sektoru, komunity a rodiny v podpůrné síti OZP.

1.3.1. Welfare mix

Ve vztahu sociální politiky a poskytování veřejných sociálních služeb zmiňuje Johnson (In Večeřa, 1995: 38) tři sektory (I. neformální sektor – rodina komunita, II. svépomocná a dobrovolná sdružení – nestátní neziskové organizace a III. trh) zprostředkovávající kontakt mezi státem jakožto garantem zajišťování blaha občanů a občany samotnými. Vztahy mezi službami poskytovanými státními institucemi a institucemi zmíněných sektorů, vztahy mezi těmito institucemi navzájem i mezi občany vytvářejí spletenec vazeb, který je nazývaný welfare mix. Welfare mix zmiňuje Musil (1996) v souvislosti s krizí sociálního státu a hledáním způsobů restrukturalizace podob sociálního zabezpečení. Tento pojem vysvětluje skrze myšlenku plurality subjektů zajišťujících sociální blaho jedinců (na rozdíl od solitérní funkce státu jakožto garanta záruky blahobytu).

2. Zdravotní postižení

Za zdravotní postižení Michalík (2011) považuje „*dlouhodobý nebo trvalý stav, jenž je charakteristický orgánovou či funkční poruchou, kterou již nelze veškerou léčebnou péčí zcela odstranit nebo alespoň významně zmírnit*“ (s.186), a jehož důsledky ztěžují sociální fungování postiženého.

Zdravotní postižení je koncept, který v nejobecnější rovině představuje stav jedince, respektive souboru jedinců a jejich okolí, kteří jsou postiženi **dlouhodobou újmou** v oblasti **zdraví**. Jak se tento abstraktní pojem zdraví projevuje ve světě? Můžeme jej chápat jako výsledek naplněného potenciálu organismu vyrovnávat se s nároky okolí (Novosad, Novosadová, 2000) a udržovat organismus v labilní rovnováze (homeostáze). Zdraví představuje funkční vztah organismu k jeho okolí. Organismem člověka je myšleno jeho tělo se všemi projevy a procesy, kterými vystupuje ve světě, multidimenzionální jednotou s rozostřenými hranicemi dimenze fyzické – psychické – sociálně- ekologické – spirituální. „*Dysfunkční interakce mezi biologickými a psychickými funkcemi individua, přírodou a sociálním prostředím, v němž člověk žije.*“ (s.5), tedy znamená opak zdraví čili nemoc.

Na zdravotní postižení lze nahlížet trojím pohledem. Zorné pole zabírající skupiny postižení manifestované limitovanými funkcemi a poškozenými strukturami na úrovni tělesné představuje **lékařské hledisko**. To je doplněno **sociálním pohledem** na zdravotní postižení, které vychází z konceptu člověka v prostředí, resp. situaci a na rozdíl od lékařského hlediska, které se zaměřuje na léčbu somatické stránky člověka, je kladen důraz na integraci postiženého jedince podporou sociálního fungování, tedy podporou schopnosti naplňovat své a okolní očekávání a participovat na společenských aktivitách. Jednotlivé kazuistiky těchto újem lze z hlediska lékařského klasifikovat podle hlediska etiologického, podle postižené oblasti (duševní, tělesné, smyslové), stupně postižení, předpokládané doby trvání, respektive léčitelnosti/neléčitelnosti, doby vzniku (kdy u kategorie vrozených nemocí je v rámci sociálního prizmatu možno klást si otázku, zda se jedinec narodil s omezeným potenciálem organismu vyrovnávat se s nároky okolí, či zda jsou nároky okolí neadekvátní, či zda je manifestace neschopnosti organismu udržovat homeostatický vztah s okolím příležitostí pro aktivaci potenciálů zdraví na společenské úrovni?). Výraz zdravé společnosti ve vztahu k lidem s postižením charakterizuje Michalík (2011, s. 184): „*respektem k*

individualitě a důstojnosti každého člověka, klimatem sociálního konsenzu, absencí bariér všeho druhu i flexibilitou a provázaností poskytovaných zdravotních, sociálních, vzdělávacích a jiných služeb, které redukuje důsledky občanova zdravotního postižení a zpřístupňují mu život maximálně blízky životu bez postižení“.

Moderní přístup ke zdraví člověka vychází z multidimenzionálního pojetí osobnosti, které představuje základ **bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu**, který člověka a svět definuje situačně jako dvě vzájemně podmiňující se veličiny ve vzájemné dynamické interakci. Výrazem zdravotně sociálního pohledu na zdraví je Mezinárodní klasifikace funkčních schopností a disability, jejíž vztah mezi tělem – aktivitou, resp. participací a okolím je nastíněn na začátku třetí kapitoly, a jejíž jazyk může sloužit jako komunikační platforma při propojování léčebné rehabilitace s nelékařskými segmenty.

2.1. Tělesné postižení

Tělesné postižení je podkategorií zdravotního postižení. Kritérium příslušnosti k této skupině tvoří limitace pohybových schopností, která může mít různorodou etiologii (úraz, amputace, nervové či nervosvalové onemocnění,...), jež představují zjm. lékařské hledisko klasifikace a již se v této práci zabývat nebudu. Schopnost pohybu je základním předpokladem lidského rozvoje a představuje i předpoklad pro účast ve většině oblastí lidského života a přístupu ke službám v oblasti vzdělávání, volnočasovým, bydlení,... Z hlediska soběstačnosti a samostatnosti je limitujícím faktorem vyžadujícím pro dosahování určitých výkonů kompenzační mechanismy (pomůcky a služby). Znesnadněné oblasti sociálního fungování vznikající v souvislosti s pohybovou limitací představují sociální hledisko tělesného postižení. Pro podporu sociálního fungování a dosahování integrace OTP jsou z pojistných fondů a veřejného rozpočtu uvolňovány zdroje na poskytování dávek a služeb facilitujících takto znevýhodněné osoby a rovněž z podhoubí občanského sektoru⁸ vzrůstá za podpory, mj. tržních subjektů, množství institucionalizovaných skupin, které pod hlavičkou různých právních forem vykonávají služby podpory sociální integrace tělesně znevýhodněných osob a rehabilitace náhledu většinové společnosti na minoritu osob tělesné jinakosti.

8 Za přímé finanční podpory soukromých i firemních donátorů

Vztah sociální práce a životní situace OZP je možné vyjádřit skrze prizma sociální práce jakožto nevykrytalizované instituce, jak ji vyjádřil Musil (2008) viz. Kapitola 3.6., problematizující náhled odbornosti sociálních pracovníků a nabízející spektrum pohledů na podstatu problému sociálního fungování daného jedince a na nabídku pomoci tuto řešit. Klasifikace problému podmiňuje způsob intervence sociálního pracovníka. Základní pohled na podstatu problému OTP lze naznačit hlediskem míry příčinné souvislosti mezi problémy sociálního fungování a pohybovou limitací a třemi úrovněmi řešení z hlediska modifikace společenského prostředí jakožto způsobů nápravy nežádoucího stavu segregace.

- I. Limitace na tělesné úrovni **zapřičiňují** společenské a pracovní uplatnění
- II. Limitace na tělesné úrovni **znesnadňuje** společenské a pracovní uplatnění
- III. Limitace na tělesné úrovni **není v žádné míře v příčinném vztahu** s možností společenské a pracovní integrace.

Řešení I.: je na straně lékařských a léčebně rehabilitačních služeb. Možnost podpory ze strany SP je zajištění člověka náležitými dávkami a službami zajišťujícími existenci a vyšší míru samostatnosti a soběstačnosti.

Řešení II.: je možné napojit klienta na zdroje dávek a služeb pro zajištění jeho existence a samostatnosti a podporovat jeho sociální integraci vytvářením partnerského vztahu a nácvikem sociálních dovedností s využíváním sociálně integračních systémů (pracovní a sociální rehabilitace) a nabídky služeb občanského sektoru, stimulaci prostředí vedoucí k akceptaci a respektu (normalizaci) jinakosti představované odlišností možnosti fyzického výkonu a vzhledu.

Řešení III.: Problém sociálně pracovní integrace vzniká na straně společnosti, která nedokáže přizpůsobit své prostředí tak, aby docházelo k využití potenciálů osob tělesně výjimečných. Odhlédnutí od prizmatu diagnózy a soustředěnost na přání, potřeby a možnosti ⁹člověka tvoří ve spojení s mocí poskytovat služby podpory kompenzace tělesných limitů a podpory sociálního fungování výlučné postavení sociálního pracovníka při práci s člověkem s tělesným postižením. Ve spojení zmíněného přístupu a jeho zakoušení klientem v rámci institucionalizovaného prostředí předpokládám i možnost vytváření jednoho ze základních pracovních nástrojů sociálního pracovníka, jímž je vztah vzájemné důvěry.

9 Popřípadě zdravotní limity vyjádřené hovorovou mluvou

2.1.1. Komunikace a vztah

Mezilidská komunikace je záležitostí dvou a více osob. Pro rovnocennou komunikaci je tedy nezbytné, aby se její účastníci sami, i sebe navzájem, považovali za komunikační partnery. Předpokladem úspěšné komunikace je respekt jejich účastníků a vzájemná snaha o porozumění.

K narušení rovnováhy vzájemného respektu dochází v případě, že se jeden z účastníků sám nepovažuje za komunikačního partnera nebo v případě, že jeden z účastníků neproказuje druhému náležitou úctu. V prvním případě lze hovořit o nedostatku sebevědomí, v druhém případě o výrazu postojové nadřazenosti.

O žádoucím komunikačním schématu mezi pomáhajícím a OTP mluví Novosad (2011, s. 131, In Regec, Stejskalová, 2012): „*Vztahy mezi pomáhajícím a klientem mohou být autoritativně-direktivní přes asymetrické (dominantní), paternalistické nebo liberálně-podporující až po symetrické a respektující*“. Lze ho charakterizovat jako otevřené partnerství dvou rovnoprávných občanů – toho, jenž je ve svízelné situaci a potřebuje pomoc, podporu, avšak chce být informován, spolupracovat a rozhodovat o přijaté formě pomoci. Žádoucí je otevřeně pracovat s klientem a vyjasnit si vzájemně možnosti a očekávání.

Za nepostojové komunikační bariéry lze považovat problémy s recepcí či produkcí mluveného nebo psaného slova, které jsou často spojené s tělesným postižením, ať již vrozeným, získaným či degenerativním. Jako kompenzační (či nahrazující) mechanismy jsou využívány nástroje tzv. alternativní a augmentativní komunikace, jejichž cílem je zprostředkovat možnost vyjádření a vzájemného pochopení skrze nahrazení nebo doplnění chybějícího, resp. limitovaného komunikačního systému. Tyto komunikační systémy mohou být pomůckové (dále dělitelné na technické a netechnické) či bezpomůckové (např. Makaton, znakový jazyk či mimika). (Regec, Stejskalová et al., 2012).

Rovnocenné postavení komunikačních partnerů je předpokladem pro vytváření vztahu, který je jedním ze základních *nástrojů* sociálního pracovníka a tvoří jádro přístupu zaměřeného na člověka, který přiznává každému člověku potenciál růstu, „*který může být ve vztahu k jedné osobě (např. terapeutovi) aktivován. Předpokladem je, že tato osoba zažívá a zároveň sděluje klientovi své vlastní reálné bytí, svoji vlastní emocionální náklonnost a nanejvýš senzibilní nehodnotící porozumění*“ (Rogers, 1985 In Nykl 2004, s.19). Navázání takového vztahu je

(Nykl, 2004) podloženo nutností trojího postoje představovaného empatií, bezpodmínečným přijetím a kongruencí (ryzostí, neboli jednotou jednání a prožívání).

2.1.2. Životní situace osob se zdravotním postižením

Jak bylo řečeno výše, životní situace je konstruktem vycházejícím z určení důležitých oblastí sociálního fungování a následnému zvažování podpůrných a omezujících faktorů pro jejich zvládnutí. Model životní situace může vycházet ze subjektivního vyjádření klienta nebo jde o konstrukci druhé osoby, jejíž podoba se odvíjí od přístupu, kterým vysvětluje vztahy mezi klientem a okolím.

2.1.3. Antiopresivní přístup

Z hlediska antiopresivního přístupu je možno nahlížet životní situaci osob s tělesným postižením v prostředí kapitalistického systému jako situaci oprese v tom smyslu, že takovým osobám jsou systémově upírána některá práva a možnosti (Navrátil, 2001), a to v případě OTP ne formou cíleného útlaku těchto osob, ale jako nedostatečné rozvinutí kompenzačních mechanismů a úpravy prostředí. Člověk s limitovanými pohybovými schopnostmi je znevýhodněn v mnoha oblastech včetně oblasti prodeje své pracovní síly na trhu práce. Veřejné prostředí není architektonicky uzpůsobeno volnému pohybu, přístup ke vzdělání je limitován, přístup zaměstnavatelů je často zatížen předsudky vyplývajícími z absence předchozích zkušeností zaměstnávání tělesně znevýhodněných osob. Limity sociálního fungování vyplývající z disability jsou facilitovány zdroji sociálního zabezpečení (invalidní důchod, dávky sociální podpory, sociální služby, příspěvek na péči, aktivní politika zaměstnanosti,...), činností neziskových organizací, zároveň je však třeba klást si otázku, zda je tato podpora dostačující. Jako příklad nedostatečnosti podpory dávek sociálního státu v oblasti samostatnosti je zvažování dostatečnosti výše příspěvku na péči pro dosažení plné participace v běžných životních oblastech u člověka s úplnou ztrátou mobility se zachovalými intelektovými funkcemi a dostatečnou kvalifikací pro získání vhodného zaměstnání. Výše příspěvku ve IV. stupni závislosti činí 13200 <http://www.prispevek-na-peci.cz/> [cit. 2018-16-04], což při dotaci 108 korun za 1 hodinu <http://www.osobniasistent.cz/cenik/> [cit. 2018-16-04] služby osobní asistence znamená

platební potenciál 122 hodin měsíčně, což představuje možnost platby asi čtyř hodin asistence denně, což vyžaduje značnou dávku rozvahy při rozhodování o způsobu jejich využití nebo hledání alternativních zdrojů finanční podpory pro dosažení soběstačnosti či spolehnutí se na dobrovolnou pomoc blízkých či podporu komunity (v takovém případě se člověk s postižením může buď těšit myšlenkou, že se jeho limit mohl stát prostředkem pro výkon aktu bratrské lásky a sounáležitosti - nicméně z hlediska soběstačnosti zůstává v pozici závislé, jelikož nemá dostatek prostředků si zaplatit služby kompenzující jeho pohybové limity, a zároveň s tím může situaci interpretovat jako zmocňování komunity hledící na svět ekonomickým prizmatem v dosahování osvobození od jha ekonomického imperativu).

2.1.4 Sociální bydlení

Jako příklad opresivní situace lze uvést možnost naplnění potřeby bydlení. Bydlení je základní potřebou každého člověka a možnost samostatného bydlení je základním projevem jeho samostatnosti a soběstačnosti. Člověk s tělesným postižením je ve ztížené situaci při naplňování potřeby bydlení z důvodů, na které je stále nahlíženo jako na *speciální potřeby*, a jejichž naplnění je předpokladem pro dosažení základních práv a možností. Problematika bydlení je komplexní záležitostí a kromě samotného zajištění vhodného bytového prostoru je v případě OZP spjata s problematikou soběstačnosti a samostatnosti, finančního zabezpečení, bariérovosti architektonického prostředí. Samostatné bydlení vyžaduje spektrum schopností a dovedností jako jsou schopnost starat se o domácnost, obstarat vlastní osobu, naučit se zacházet s kompenzačními pomůckami, být napojen a využívat zdroje potřebných služeb (např. osobní asistence), hospodařit s financemi či plánovat aktivity.

Nácvik těchto dovedností je předpokládaným styčným bodem mezioborové spolupráce mezi ergoterapeutkou a sociální pracovnící. V rámci nabídky sociálních služeb je v této oblasti poskytována služba sociální rehabilitace, která je popsána v samostatné podkapitole.

Problematiku hospodaření s bytovými fondy v souvislosti s naplňováním potřeby bydlet řeší bytová politika. Bytová politika spadá v EU do kompetence jednotlivých členských států a proto neexistuje ani jediný mezinárodně sdílený model sociálního bydlení.

Za cíl sociálního bydlení označuje Lux (2002), vytváření sektoru nájemního bydlení: „ *kterým se snaží orgány státu nebo obcí zajistit všeobecnou rovnováhu na trhu s nájemným bydlením*

a umožnit potřebným skupinám obyvatel, jež si ze sociálních či jiných důvodů nemohou zajistit bydlení na volném trhu, důstojné a vyhovující bydlení pro jejich domácnosti“ (s. 73).

Vývoj bytové politiky ve vztahu k sociálnímu bydlení byl v polistopadové době značně poznamenán privatizací bytových fondů obcí. To vedlo jednak k pozitivním efektům v podobě zvelebování zanedbaných nemovitostí investicemi osobního kapitálu vlastníků a vytvořením standardního trhu s byty, na druhou stranu zmenšil potenciál možnosti podpory lidí, kteří si nejsou schopni zajistit důstojné bydlení na běžném trhu.
<http://denik.obce.cz/clanek.asp?id=6724892> [cit. 2018-16-04]

Lux a Kostecký (2011) hovoří o modelu vícestupňového sociálního bydlení. Představují jej jako třístupňový systém zaměřený na integraci domácností, respektive osob s omezenou schopností pro udržení dlouhodobého nájemního bydlení. **První stupeň** je tvořen tzv. záchytným ubytováním (v azylovém domě či na ubytovně = v případě OZP si můžeme představit např. domov pro osoby se zdravotním postižením = , kde je o člověka sice postaráno, zároveň se může stát, že u něj nedojde k rozvinutí možných potenciálů, které by mu při nácviku vhodných dovedností, využití kompenzačních pomůcek a při zasíťování vhodnými službami a při podpoře komunity, umožnily život v neinstitucionalizovaném prostředí). **Druhým stupněm** je tzv. tréninkové bydlení spojené s podpůrnými službami s těžištěm v nácviku dovedností potřebných k samostatnému bydlení. Završením procesu je zamýšleno dosažení dlouhodobého samostatného nájemního bydlení zajištěného v bytovém fondu obcí či neziskových organizací nebo v rámci soukromého segmentu pronajímatelů. Při průchodu jednotlivými stupni systému autoři předpokládají aktivní spoluúčast obcí a neziskových organizací.

V současné době žádný právní předpis neupravuje oblast sociálního bydlení. Návrh zákona o sociálním bydlení zahrnuje do své úpravy OZP skrze pojmy **osoba v bytové nouzi**, jíž se mimo jiné rozumí osoba bez bydlení, popřípadě po dobu nejméně 6 kalendářních měsíců po sobě jdoucích užívající k zajištění svého bydlení pouze zařízení sociálních služeb, ústavní zařízení, zdravotnická zařízení lůžkové péče a **osoba zvláště zranitelná**, kterou se stává i člověk, který nese status invalidity druhého či třetího stupně, má přiznaný příspěvek na péči druhého, třetího či čtvrtého stupně nebo osoba po opuštění ústavního zařízení, pobytového zařízení sociálních služeb, zdravotnického zařízení lůžkové péče (přičemž nese tento status po dobu 12ti měsíců po opuštění zmíněných zařízení).
<http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=7&t=1065> [cit. 2018-18-04] Možnost běžného

bydlení je pro OZP komplikovaná kvůli zdravotním omezením vyplývajícím z jejich postižení, kvůli nutnosti speciálních architektonických parametrů bytových jednotek (potažmo celých bytových komplexů a obytných lokalit), i v souvislosti se ztíženým uplatněním na trhu práce a značně limitované kapacitě obecních fondů bezbariérových bytů a dlouhé čekací době na zařazení do seznamu čekatelů s častou podmínkou trvalého bydliště v místě podání žádosti.

2.1.5. Ekologický přístup

Z hlediska sociální práce jako nástroje podpory sociálního fungování je vzhledem ke snaze popsat životní situaci OTP důležité zmínit ekologické prizma sociální práce vycházející ze sedmi bodů, představujících myšlenky W. Gordona, jak je shrnul Hearn (In Navrátil, 2001):

1. Sociální práce má souběžně dvojitou perspektivu. Zaměřuje se jak na člověka, tak i na jeho situaci. Tedy na systém i jeho prostředí.
2. Sociální práce se uskutečňuje na rozhraní mezi lidským systémem a jeho prostředím.
3. Jev, ke kterému dochází na rozhraní mezi systémem a jeho okolím se nazývá transakce.
4. Transakce je proces, během něhož se systém a jeho prostředí vzájemně vyladují. Na straně systému jde o zvládání (coping) a na straně jeho bezprostředního prostředí pak o jeho kvalitu.
5. Styk systému s jeho prostředím pak vyvolává změnu obou.
6. Nejlepší transakce jsou ty, které podporují růst a vývoj organismu při souběžném zlepšování prostředí.
7. Pro růst a vývoj je nezbytné, aby docházelo k trvalé redistribuci entropie mezi organismem a jeho prostředím.

Z hlediska ekologického přístupu lze situaci OTP v české společnosti v souvislosti se společensko-politickými změnami posledních třiceti let nahlížet jako proces vzájemné (člověka a jeho prostředí) adaptace v procesu postupné deinstitucionalizace skupiny osob omezených v sociálním fungování v souvislosti s omezenou mobilitou. Opatření směřující k otevření světa za zdi ústavů a cílící na dosahování co nejvyšší míry soběstačnosti a participace postavila tyto lidi před nutnost obstát (coping) nárokům tohoto prostředí, na straně druhé naplnění cíle zrovnoprávnění klade nárok vytváření podpůrných mechanismů, kompenzujících tělesné znevýhodnění (kvality prostředí). Termín, který vystihuje situaci interakce mezi schopností jedince zvládat určité úkony či participovat v oblastech konání při snížení funkčních schopností či neschopnosti prostředí

vyplývající limity kompenzovat, se nazývá disabilitou. Rovnoprávné postavení OZP a podpora aktivit do zapojení do života jsou vyjádřeny v Úmluvě o právech lidí s tělesným postižením, jejíž ratifikace proběhla v ČR 16. února 2009. <https://www.mpsv.cz/cs/28419> [cit. 2018-13-04]

2.1.6. Disabilita

Disabilita je „*snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti. Vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí*“ (Pfeiffer, Švestková, 2008, s. 9)

2.1.7. Invalidita a invalidizace

V rámci české legislativy a pro účely posuzování nároku na dávky a služby sociálního zabezpečení je tělesné postižení spojeno s pojmem invalidita, a to podle zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. Tento koncept vychází z posuzování procentuálního poklesu schopnosti jedince vykonávat výdělečnou činnost a klasifikuje tyto osoby do třech kategorií podle míry poklesu pracovní schopnosti:

- a) nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu prvního stupně,
- b) nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu druhého stupně,
- c) nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu třetího stupně.

Invalidizací můžeme rozumět dvoustranný proces vytváření sociální role neplatného člena společnosti tím, že ze strany okolí jedinci nejsou poskytnuty možnosti pro rozvoj a využití vlastního potenciálu v souvislosti s čímž dochází k přivyknutí na pasivní roli a přijímání služeb a dávek, kterými jedinec zabezpečuje uspokojování svých potřeb, čímž přispívá k upevnění role neplatného. Přijmutí role invalidy lze chápat v souvislosti se syndromem naučené bezmocnosti, vysvětlovaný Mlčákem (2011) jako možnou formaci chování a prožívání jedince prožívajícího opakované neúspěchy ve snaze dosáhnout vlastních cílů tak, že dojde k vytvoření prožitkového komplexu bezmoci a beznaděje vůči zátěžové situaci,

pocitu neschopnosti ji vlastními silami řešit, pocitu ohrožení, ztrátě sebedůvěry, sklonu k znovuprožívání dřívějších neúspěchů a frustraci a pesimistickému přístupu.

2.1.8. Přístup zaměřený na úkol

V rámci výkonu profese sociálního pracovníka může být vhodné volit při práci s klientem přístup orientovaný na úkoly (Navrátil, 2001) pomáhající řešit praktické problémy a stojící na premisách, že i malý úspěch zvyšuje sebedůvěru a sebeúctu, člověk je schopen vyššího nasazení při plnění úkolů, které se zvolil sám, a že klient je autonomní bytost, která je specialistou na svou životní situaci. Sociální pracovník stojí v roli partnera, který podporuje a dopomáhá klientovi dosáhnout rozhodnutí.

Tento přístup je používán při řešení osmi problémových okruhů: interpersonální konflikty, neuspokojení v sociálních vztazích, problémy s formálními organizacemi, potíže v naplňování rolí, problémy vznikající v souvislosti se sociálními změnami, reaktivní emocionální úzkosti, neadekvátní zdroje, potíže s chováním. Spolupráce mezi klientem je rozdělena do šesti kroků, které směřují k vyřešení problému a jsou jimi:

1. Příprava: během ní zjišťována klientova vůle vstoupit do procesu. Pokud klient není (kromě rozhodnutí soudu) vlastním iniciátorem zahájení spolupráce, nelze pokračovat.
2. Explorace znamená vyjasnění klientových zájmů a jejich seřazení podle důležitosti.
3. Dohoda o cílech představuje shodu SP a klienta na zamýšleném směru změny a klasifikaci problémů podle zmíněných okruhů.
4. a 5. Formulace úkolů a jejich plnění: během této fáze se formuluje frekvence setkávání a délka kontraktu, o ukončování setkání se rozhoduje již při sepisování smlouvy.
6. Terminace a ukončování znamená ověřování úspěšnosti spolupráce SP a klienta, o ukončování setkání se rozhoduje již při sepisování smlouvy.

Společných setkávání se hledají odpovědi na otázky: V čem je problém? Jaké jsou okolnosti problému? Jaké mám priority? Čeho chci dosáhnout?

Úkolem sociálního pracovníka je v rámci pevně stanoveného časového rámce a ve stanovených fázích spolupráce aktivně naslouchat a podporovat ve formulaci problematických oblastí a hledání kýženého cíle a motivovat při plnění úkolů, které k němu vedou.

Tento přístup může být vhodný ku příkladu při akceptaci a adaptaci na změny související se změnou zdravotního stavu, při problémech souvisejících s hledáním zaměstnání či v případech neshod na pracovišti. Navrátil (2001).

3. Koordinovaná rehabilitace

Na začátek této kapitoly je nutné si definovat základní pojmy, kterými jsou rehabilitace, resp. koordinovaná rehabilitace. Etymologicky vychází pojem rehabilitace z latinského slova *rehabilitatio* znamenající znovuuschopnění či obnovení funkce (*re* – znovu; *habilitatio* – schopnost, způsobilost). Pfeiffer (2014) ji spojuje s výrazem aktivace ve smyslu uschopňování jedince s cílem minimalizovat potřebu péče o jeho osobu. Votava (2003) zavedení tohoto pojmu vysvětluje potřebou označit oblast péče poskytovanou od 19. století s cílem návratu jedince do stavu funkční schopnosti. Novosad, Novosadová (2000) ji definují jako: „*souhrn všech opatření potřebných k zařazení nebo návratu postiženého člověka do společenského prostředí a do života*“ (s. 13).

Dle definice OSN se rehabilitací rozumí „*proces, jehož cílem je umožnit osobám se zdravotním postižením, poškozeným úrazem, nemocí nebo vrozenou vadou, aby dosáhly a zachovaly si optimální fyzickou, smyslovou, intelektovou, psychickou a sociální úroveň funkcí a poskytnout jim prostředky pro změnu jejich života k dosažení vyšší úrovně nezávislosti. Rehabilitace může zahrnovat opatření pro zajištění a obnovu funkcí nebo opatření kompenzující ztrátu nebo absenci funkce nebo funkční omezení.*“

Rehabilitace je tedy souborem opatření směřujících k cílům rozlišeným podle druhu poskytované rehabilitace, respektive podle zaměření na rehabilitovanou úroveň jednotlivce, potažmo společnosti a kterými jsou dosahování funkčních potenciálů jedince a jeho sociální integrace. Můžeme tedy uvažovat o rehabilitaci jedné (jakožto působení a zapojování jednotlivých složek osoby s cílem zapojení do života) či jako na podle odborností segmentované úseky. Společné jednotlivým druhům rehabilitace je rehabilitační schéma zahrnující **rehabilitační instituci**, jejíž vykonavatelé využívají ke svým cílům odborné metody a techniky a **rehabilitovaného jedince** jakožto bio-psycho-sociálně-spirituální-jednotu.

Stěžejním modelem pro tuto práci je pohled na zdraví člověka, který nabízí Mezinárodní klasifikace funkčních schopností a disability. Ten pojímá jedince jako jednotu zahrnující mnohost, kterou reprezentují základní klasifikační kategorie: **tělesnou složku** představují tělesné struktury a tělesné funkce (neporušené či s různou mírou poruchy) a **složku sociální** představují aktivity a participace, které může jednotlivec vykonávat/nevykonávat s různou měrou problematičnosti. Rehabilitačním působením na složku tělesnou je možné dosahovat

zlepšování výkonů a participací. Schopnost zvládat určité aktivity není příčinně svázána pouze s mírou poruchy tělesných struktur a funkcí, ale její hodnocení zahrnuje složku okolních faktorů, které mohou působit blahodárně jako facilitační faktory nebo mohou bránit výkonu či participaci na určitých aktivitách a vystupují tak v roli faktorů bariérových. Důležitým prvkem MKF je způsob nahlížení na situaci klienta a hodnocení vlivů okolí na výkon aktivit či participací z hlediska individualizované situace, která představuje konstelaci proměnných faktorů, které mohou v jednom konkrétním případě plnit jinou funkci než v případě druhém. To je možné ilustrovat na příkladu přidělení invalidního důchodu člověku po dlouhodobé pracovní neschopnosti. Takový krok člověka podpoří pravidelným finančním příjmem pomáhajícím zabezpečit jeho životní potřeby ve chvíli, kdy je omezena jeho schopnost využívat svůj pracovní kapitál na trhu práce, zároveň však hrozí uvyknutím na pravidelnou finanční podporu, přijmutím role *invalidy*, ztrátou motivace na zlepšování funkčního stavu a opětovnému pracovnímu zapojení. Motivovanost participanta rehabilitačního procesu je základním předpokladem dosažení rehabilitačních cílů.

3.1. Podmínky pro koordinovanou rehabilitaci

Podle Votavy (2003) mluvíme o koordinované rehabilitaci ve chvíli, kdy schází možnost řešit důsledky tělesného postižení lékařskou cestou a pacientův stav je minimálně dlouhodobý a vyžaduje mimolékařských intervencí. Takové posouzení vyžaduje individuální posouzení klientova zdravotního stavu a sociálních okolností.

Z hlediska efektivity využití rehabilitačních prostředků se komplexní¹⁰, koordinovaná rehabilitace řídí následujícími principy. **Včasnost**, která představuje vhodně načasovanou indikaci rehabilitačních opatření. **Individuálnost** bere ohledy na potřeby, přání a zdravotní stav jednotlivce a unikátnost jeho sociální situace. **Návaznost** znamená dobře časovanou a koordinovanou indikaci jednotlivých opatření a **součinnost** spolupráci mezi zúčastněnými subjekty (poskytovateli, rehabilitantem a jeho sociální sítí). **Dostupnost** představuje dostatečně rozvinutou síť poskytovatelů rehabilitačních služeb a vhodnost jejich rozmístění

10 dosažení celistvosti přístupu vůči rehabilitovanému jedinci nepředstavuje tolik segmentace toho, co člověk ve světě představuje, do několika dimenzí a následné opečovávání jednotlivých problematických segmentů příslušnými odborníky na danou oblast, jako spíše kontextualizace jednotlivých oblastí při náhledu klientových obtíží a hledání jejich řešení.

umožňující rehabilitantovi s jeho dopravními možnostmi navštěvovat je (Džambasov et al., 2017).

Cíle komplexní rehabilitace je možné diskutovat ze dvou základních pohledů. Prvním z nich je sledování cílů vytyčených ze strany poskytovatele rehabilitační služby, které vycházejí z vlastní sociální politiky institucionalizovaného sociálního subjektu. Druhý pohled představují cíle rehabilitované osoby, tedy pohled subjektivní sociální politiky jedince, přičemž sociální politikou je zde míněno: „*Soustavné a cílevědomé úsilí jednotlivých sociálních subjektů ve svém zájmu udržet nebo dosáhnout změny ve fungování nebo podpořit rozvoj svého či jiného sociálního systému nebo soustavy nástrojů k realizaci své či jiné sociální politiky. Výsledkem tohoto soustavného a cíleného úsilí je činnost (fungování), rozvoj (zdokonalení) či změna (transformace) systému vlastního nebo jiného nebo soustavy nástrojů. Projevuje se rozhodováním (nebo nerozhodováním) a činnostmi (či nečinnostmi) sociálních subjektů*“ (Tomeš, 2010, s. 29). Soulad mezi cíli rehabilitanta a rehabilitační instituce je předpokladem úspěšné spolupráce. Obecným cílem pro vytvoření funkční sítě (dostupných, vzájemně spolupracujících, navazujících) komplexních rehabilitačních služeb je ekonomická výhodnost včasné indikace takových rehabilitačních opatření, která povedou k dosažení takové míry funkční schopnosti, která umožní pracovní zapojení jedince a nečiní ho tak závislým na sociálních dávkách z pojistných i nepojistných fondů, které jsou leckdy trvalé, <http://www.nrzp.cz/aktualne/informace-predsedy-nrzp-cr/1634-informace-c-100-2016-teze-koordinovane-rehabilitace.html> [cit. 2018-29-04]

V této práci se zabývám rehabilitačními systémy jako facilitačními faktory okolí na zdraví jedince, respektive na zlepšování jeho tělesné složky ohraničené jeho tělem a možností vykonávat aktivity a participovat na aktivitách co nejširší škály životních oblastí, potažmo těmi aktivitami, které směřují k odstraňování bariér, které brání participaci zdravotně znevýhodněných osob na zapojení do běžných životních oblastí. Vycházím také z neověřeného předpokladu, že stejně jako se v jednotlivci snoubí mnohost představovaná jeho hmotným tělem, poskytujícím mu ve světě platformu jeho prožívání, myšlení a chování, jímž zpětně určuje podobu svého okolí, tak i jednotlivé formy rehabilitačního snažení by měly směřovat v respektu ke komplexnosti a jedinečnosti člověka k ucelenosti a spolupráci s cílem dosažení maximální možné úrovně zdraví.

Jednotlivé segmenty budou nastíněny následovně. **Sociální rehabilitace**, jakožto segment, pro podporu nácviku soběstačnosti a samostatnosti v oblastech životního fungování a zapojování do životních situací, kterého se jako odborník přednostně účastní sociální pracovník. **Léčebná rehabilitace**, jelikož stejně jako tělo tvoří hmotnou platformu lidského pobývání ve světě, tak i systém zdravotních služeb a léčebně rehabilitační péče je primárním zdrojem léčení nemocí a rehabilitace poškozených funkcí a struktur těla, které tvoří předpoklad pro zvyšování míry aktivit a participací; **pracovní rehabilitace** jakožto nástroj podpory při pracovním uplatnění OZP a **pedagogická rehabilitace** umožňující osobám se zdravotním postižením participovat na službách vzdělávacího systému.

V České republice od konce osmdesátých let probíhá v souvislosti se sociálně-politickými změnami proces restrukturalizace sociální oblasti, v jehož rámci dochází k vytváření množství služeb podporující sociální integraci marginalizovaných skupin a opouštění od ústavní péče. Od začátku devadesátých let jsou iniciovány snahy propojovat služby zdravotně sociální oblasti. V roce 1991 založilo ministerstvo zdravotnictví (MZ) pracovní skupinu „R“ (Rehabilitace) a v září téhož roku vydalo Metodický návod pro vznik center léčebně rehabilitace. V roce 1997 vydalo MZ příručku Činnost center rehabilitace, shrnující odborné názory na rehabilitaci, provoz, materiálně technické a personální vybavení rehabilitačních center. V roce 1999 byla založena Sekce pro rozvoj ucelené rehabilitace Společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny České lékařské společnosti J. E. Purkyně, jejímž cílem bylo prosazování myšlenky moderního pojetí ucelené rehabilitace do širokého povědomí odborné i laické veřejnosti. V roce 2001 MZ schválilo koncepci oboru rehabilitační a fyzikální lékařství. (Čevela, Čeledová In MPSV, 2012). V roce 2012 vydalo MPSV příručku Základní východiska pro zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR a Výzkumný ústav práce a sociálních věcí publikaci Koordinovaná rehabilitace analyzující legislativní úpravu koordinované rehabilitace ve vybraných zemích a v roce 2017 publikovalo Screening podmínek léčebné, pracovní, sociální a pedagogické rehabilitace v ČR vycházející z Tezí koordinované rehabilitace OZP a mapující dostatečnost fungování jednotlivých oblastí rehabilitace z hlediska institucionálního zajištění, personálního zabezpečení, cílové skupiny a nákladovosti a existenci vhodných podmínek, respektive bariérových faktorů koordinace rehabilitace. Jedním ze základních problémů vytvoření koordinovanému systému přístupných rehabilitačních služeb je absence jeho legislativní úpravy.

3.2. Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je upravena zákonem č.108/2006 Sb., o sociálních službách, jakožto služba sociální prevence, a to z důvodu cíle snížení možnosti sociálního vyloučení OZP. Jedná se o specializovanou službu, jejíž poskytování je podmíněno registrací dle podmínek obsažených v § 77 – 84, mezi něž patří i podmínka odborné způsobilosti všech fyzických osob, které budou poskytovat přímo sociální služby, která je definována mezi předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, jak je stanoví § 109 – 111.

Sociální rehabilitace je definována 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. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.

Služba je poskytovaná formou terénních nebo ambulantních služeb. V rámci sociální rehabilitace jsou poskytovány služby v oblastech tréninku soběstačnosti a samostatnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; výchovných, vzdělávacích a aktivizačních aktivit; pomoci uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Služba poskytovaná formou pobytových služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb obsahuje vedle základních činností ještě tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.

Vyhláška č.505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, specifikuje základní činnosti poskytované v rámci sociální rehabilitace podle § 35 následujícím způsobem:

(1) Základní činnosti při poskytování sociální rehabilitace se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

- a. Nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování:
 1. nácvik obsluhy běžných zařízení a spotřebičů;
 2. nácvik péče o domácnost, například péče o oděvy, úklid, drobné údržbářské práce, chod kuchyně, nakupování;
 3. nácvik péče o děti nebo další členy domácnosti;
 4. nácvik samostatného pohybu včetně orientace ve vnitřním i venkovním;
 5. nácvik dovedností potřebných k úředním úkonům, například vlastnoručního podpisu.

- b. Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:
 1. doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na zájmové aktivity a doprovázení zpět;
 2. nácvik schopnosti využívat dopravní prostředky;
 3. nácvik chování v různých společenských situacích;
 4. nácvik běžných a alternativních způsobů komunikace, kontaktu a práce s informacemi.

- c. Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:
 1. upevňování získaných motorických;
 2. psychických a sociálních schopností a dovedností.

- d. Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

1. podávání informací o možnostech získávání rehabilitačních a kompenzačních pomůcek;
 2. informační servis a zprostředkovávání služeb.
- e. Poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou formu služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb:
1. ubytování,
 2. úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení,
- f. Poskytnutí stravy, jde-li o pobytovou formu služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb:
1. zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietní stravy, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel;
 2. pomoc při podávání jídla a pití.
- g. Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, jde-li o pobytovou formu služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb:
1. pomoc při úkonech osobní hygieny;
 2. pomoc při základní péči o vlasy a nehty;
 3. pomoc při použití WC.

Možnosti propojení sociální rehabilitace s pracovní rehabilitací nastiňuje skrze popis služby SR a hlavních aktérů Doporučený postup MPSV č.1/2016, na podporu realizace prostupného systému sociální a pracovní rehabilitace OZP. U OZP předpokládá aktivní přístup a jejich aktivní zapojení. Poskytovatele SR úkoluje zhodnocením samostatnosti a soběstačnosti, zmapováním přirozeného prostředí OZP, konzultacemi v oblasti úprav pracovního prostředí a předání informací o individuálních potřebách klienta a podpora při přechodu do pracovního procesu. MPSV bude poskytovat aktualizovaný seznam poskytovatelů SR a sociálně terapeutických dílen. Úřad práce bude svolávat jednou za tři měsíce setkání zainteresovaných

pracovníků ÚP a sociálních pracovníků zmíněných sociálních služeb. Taktéž bude moci přizvat zástupce sociálních služeb do odborné sociální skupiny.¹¹

3.2.1. Bariéry v poskytování SR a její prostupnosti s ostatními rehabilitačními prostředky

Džambasov (2017) uvádí:

- nízkou informovanost potenciálních klientů o možnostech a přínosu SR
- náročnou dostupnost k poskytovatelům
- obsah sociální služby SR je podle cíle integrace a aktivizace vnímán jako obdobný s jinými službami usilujícími o podporu aktivního života u OZP.

Podle takového náhledu tvoří SR podle zákona o sociálních službách pouze jednu ze skupiny dalších relevantních sociálních služeb dohromady tvořících SR v širším pojetí.¹²

- provázanost se službami ostatních druhů rehabilitace vychází z roviny osobních vztahů, chybí systémové propojení.
- nejasná hranice mezi SR a PR; SR často působí v oblasti zaměstnanosti ve smyslu snahy o nalezení či zachování práce u svých uživatelů
- legislativní a metodické limity v oblasti sdílení informací a anamnestických údajů o klientovi

3.2.2. Sociální služby v širším pojetí SR

Podle průsečíků cílů a cílové skupiny sociálních služeb a koordinované rehabilitace je možné zahrnout pod pojem sociální rehabilitace i další sociální služby. Tak činí i Zapletal (In MPSV, 2012), když probírá sociální služby podle kritéria výše stanovených cílů koordinované rehabilitace.

11 O rolích MPSV a ÚP více v podkapitole Pracovní rehabilitace

12 Do této skupiny by bylo ještě možno zahrnout působení NNO neregistrovaných jako sociální služba, zároveň však poskytujících služby obdobného charakteru.

Dle zákona o sociálních službách se v tomto průsečíku nacházejí tyto služby¹³ (příčemž výběr služeb podléhá kritériu cílové skupiny OTP a souběžnému poskytování některých z těchto základních činností:

- pomoc při zajištění chodu domácnosti
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších
- činností vedoucích k sociálnímu začlenění
- podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností

V centrech denních služeb, denních stacionářích a týdenních stacionářích, v domovech pro osoby se zdravotním postižením se mj. poskytují ambulantní, resp. pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. **V domovech pro seniory** se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby

Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.

Ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny

13 Popis služeb vychází ze zákona o sociálních službách

se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.

Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením.

Sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.

Funkčním nástrojem pro vyhledávání poskytovaných služeb podle místa poskytování, druhu a formy služby, cílové skupiny a věkové kategorie uživatelů je registr poskytovatelů sociálních služeb¹⁴. Tento registr může sloužit ke zjišťování dostupnosti služeb v daných krajích a okresech.

3.3. Léčebná rehabilitace

Zákon č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování jmenuje v § 5 odstavec 2 f) léčebně rehabilitační péči jako jednu z oblastí lékařské péče, jejímž účelem je maximální možné obnovení fyzických, poznávacích, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta cestou odstranění vzniklých funkčních poruch nebo náhradou některé funkce jeho organismu, popřípadě zpomalení nebo zastavení nemoci a stabilizace jeho zdravotního stavu; v případě, že jsou při jejím poskytování využívány přírodní léčivé zdroje nebo klimatické podmínky příznivé k léčení podle lázeňského zákona¹²), jde o lázeňskou léčebně

¹⁴ iregistr.mpsv.cz

rehabilitační péči. Zmíněný zákon klasifikuje formy a druhy poskytované zdravotní péče. Za účelem poskytování kompletních informací o poskytovatelích zdravotnické péče bez ohledu na jejich zřizovatel byl zřízen Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb v němž je možné vyhledávat podle kritérií místa poskytování služby, oboru, formy a druhu péče, případně specializovaného centra. <http://nrpzs.uzis.cz/index.php?pg=home> [cit. 2018-13-03]

3.3.1. Personální zabezpečení

Odborné způsobilosti dosahuje zdravotnický personál dle **zákona č. 95/2004 Sb.**, o podmínkách získávání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, dále dle **vyhlášky č. 85/2009 Sb.**, o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů, a dle **zákona 96/2004 Sb.**, o podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče.

Lékařskou specializací v rámci poskytování léčebné rehabilitační péče představuje **lékař rehabilitační a fyzikální medicíny**. Nelékařské specializace v tomto ohledu zastupují povolání **ergoterapeuta, zdravotně-sociálního pracovníka, ortoticko-protetického technika, klinického psychologa, klinického logopeda, zrakového terapeuta, fyzioterapeuta a maséra**.

3.3.2. Bariéry prostupnosti služeb LR s ostatními segmenty rehabilitace

Džambasov et al. (2017) na základě výzkumu mezi poskytovateli rehabilitačních služeb, příslušných orgánů státní správy a samosprávy, zástupci cílové skupiny a zaměstnavatelů, jmenuje tyto bariéry poskytování a propojování LR s dalšími segmenty:

- nízké povědomí o možnosti využívat prostředky SR a PR v dočasné pracovní neschopnosti (DPN)
- málo rozšířená léčebně rehabilitační zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí klienta
- malá informovanost klientů LR o následných prostředcích rehabilitace ze strany zdravotnického personálu, která je zdůvodňována nedostatečnou informovaností

lékařů, jejich přílišným vytížením a nemožností vykázat a nechat si proplatit takovéto poradenské služby jakožto zdravotnický úkon¹⁵

- absence pozice zdravotně sociálního pracovníka v týmu lůžkového rehabilitačního oddělení, který by plnil roli poradce v systému následných rehabilitačních služeb
- absence jednotného individuálního RHB plánu využívajícího různé oblasti RHB
- nízké regulace možnosti předepisování procedur LR vedoucí k nadužívání těchto služeb, což se podílí na nedostatečné kapacitě RHB center pro poskytování služeb osobám, jejichž zdravotní stav vyžaduje zvýšenou rehabilitační péči (např. u osob pro cévní mozkové příhody)
- absence standardizovaných hodnotících postupů měřících efektivitu LRP, jejichž
- výsledky by napomáhaly výběru osob u nichž je prokazatelně očekávané zlepšení funkčního stavu po podstoupení indikovaných RHB procedur

3.3.3. Zdravotně sociální pracovník

Zdravotně sociální práce je obor vysokoškolského studia, např. na Fakultě sociálních studií ve Zlíně (včetně navazujícího magisterského oboru koordinace rehabilitace a dlouhodobé zdravotně sociální péče)

<http://www.vysokeskoly.cz/katalog-vs/obory/Zdravotne+socialni+pracovnik> [cit. 2018-01-04]

Kutnohorská (2011) za výkon profese zdravotně sociálního pracovníka označuje diagnostickou, preventivní a rehabilitační činnost v oblasti zdravotně sociální a uspokojování sociálních potřeb klienta v rámci ošetrovatelské péče.

Uvnitř systému koordinované rehabilitace je z pozice zdravotně sociálního pracovníka z hlediska umožňování poskytnutí návazné rehabilitační péče zásadní. Poskytování odborného sociálního poradenství v léčebném zařízení kompetentní osobou s rozvinutou sítí kontaktů

¹⁵ Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, podle § 46 ukládá poskytovatelům zdravotních služeb povinnost informovat pacienta o dalších možných službách, které mohou zlepšit jeho zdravotní stav, zjm. o službách sociální, pracovní a pedagogické rehabilitace

může vézt k dosažení prostupnosti léčebné rehabilitace s ostatními rehabilitačními segmenty a včasné indikaci rehabilitačních prostředků pro osoby zjm. s velkým potenciálem dosažení obnovy poškozených funkcí či vybudování kompenzačních mechanismů napomáhajících co nejvyššímu stupni i sociální integrace.

3.3.4. Ergoterapie a ergodiagnostika

Ergoterapie je lékařská profese, jejímž odborným zájmem je zlepšování zdraví smysluplným zaměstnáváním jedince (Jelínková et. al,2009). Čerpá z lékařských i sociálních věd, což vyjadřuje ústřední triáda ergoterapie, kterou je vztah osoba – prostředí – zaměstnávání, kdy zaměstnávání jako ústřední motiv výkonu profese je střetem fyzických potenciálů klienta a nároků prostředí. „*Kompetentní výkon zaměstnávání je nezbytný pro zdraví a osobní pocit pohody jedince. Předpokladem pro přiměřený výkon zaměstnávání je rovnováha mezi požadavky či nároky konkrétní činnosti a schopnostmi a dovednostmi osoby na ně reagovat*“ (Jelínková et al, 2009, s.39). Dosahování kýžené rovnováhy dochází jednak kompenzací poškozených funkcí, chybějících tělesných struktur a architektonickou úpravou prostředí, jednak zvyšováním funkčních potenciálů skrze výkon aktivity.

Podobnost zmíněného základního schématu ergoterapie s konceptem sociálního fungování (viz. výše) mě přivádí k předpokladu, že při zaměření na skupinu OTP bude docházet ke styčným plochám oborové spolupráce mezi ergoterapií a SP, zjm. v oblastech pracovní a sociální rehabilitace.

Ergodiagnostika je nástrojem posouzení následků onemocnění či úrazu a nástrojem předpracovní rehabilitace (Svěčená, Švestková In Pfeiffer, 2014), jejímž cílem je vytváření pozitivní (vymezení zachovalých funkcí, schopností a dovedností, seznam vhodných pracovních pozic) i negativní (pracovní omezení, kontraindikační aktivity) pracovní rekomandace, na jejichž vytvoření se podílí intraprofesní tým lékaře, ergoterapeuta, fyzioterapeuta, psychologa, případně i sociálního pracovníka a dalších, kteří vycházejí z lékařských zpráv, komplexní anamnézy a objektivizovaných testů měřících funkční potenciál klienta.

Jako součást pracovní rehabilitace ji zprostředkovává uchazečům o zaměstnání úřad práce. Její provedení a výsledky jsou zařazovány do individuálního plánu v rámci poradenské činnosti a může být poskytnuta i před podáním žádosti o PR či zcela nezávisle na ní.

Cílem ergodiagnostického procesu je stanovení využitelného pracovního potenciálu, jež je spolu se slovním popisem schopností zvládat následující aspekty důležité pro pracovní uplatnění součástí závěrečné standardizované zprávy:

- cesta do práce
- základní pracovní polohy (poloha – čas přestávky)
- ostatní pracovní polohy
- pohyb na pracovišti
- manipulace s břemeny
- všeobecné fyzické zatížení
- jemná motorika rukou
- senzorické schopnosti
- psychomotorické kognitivní schopnosti
- motivační a emocionální aspekty

(Džambasov et. kol., 2017)

3.4. Pracovní rehabilitace

Při promýšlení přínosu sociální práce je třeba se zamyslet nad možnými příčinami znevýhodnění OZP při uplatnění na trhu práce. Jaký problém má konkrétní jedinec při hledání práce a jaké formy podpory jsou v daných případech k dispozici. Je člověk k hledání práce motivován, je nalezení práce jeho vlastním zájmem? Je problém v nedostatečné kvalitaci? Jak dlouho nepracoval? Je schopen se do práce dopravit? Nachází se problém v předsudečných postojích zaměstnavatelů? Jsou nabízená místa doopravdy bezbariérová?

Lidem se zdravotním postižením se poskytuje zvýšená ochrana na trhu práce. Té je dosahováno nástrojem pracovní rehabilitace, příspěvky pro zaměstnavatele (příspěvek na

zřízení pracovního místa pro OZP, příspěvek na úhradu provozních nákladů spojených se zaměstnáváním OZP.

Pracovní rehabilitace je vedle rehabilitace sociální druhým rehabilitačním segmentem s legislativním ukotvením, a to v zákoně 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Je jí míněna souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání OZP. Jde v ni především o:

- poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti,
 - teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost,
 - činnost zaměřenou na zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání nebo změnu povolání.
- vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti. https://portal.mpsv.cz/upcr/kp/ulk/informace_z_useku_up/pracovni_rehabilitace) [cit. 2018-01-04]

Objekty jejího zájmu jsou osoby uznané orgánem sociálního zabezpečení za invalidní (podle zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění) nebo ošetřujícím lékařem uznané za dočasně neschopné práce či na základě doporučení okresní správy sociálního zabezpečení osoby, které přestaly být invalidními.

Poskytovatelem PR je úřad práce místně příslušný podle bydliště OZP, pracovní rehabilitační střediska či úřadem práce na základě písemné smlouvy pověřené fyzické či právnické osoby.

Při provádění pracovní rehabilitace se vychází z individuálního plánu, který sestaví krajský ÚP v součinnosti s OZP, přičemž je brán zřetel na zdravotní způsobilost, schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost a kvalifikaci a s ohledem na situaci na trhu práce. Při sestavování IP se vychází z vyjádření **odborné pracovní skupiny**. Ta je složena především ze zástupců organizací zdravotně postižených a zástupců zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50 % OZP.

Džambasov et al. (2017) jmenuje jako realizátory pracovní rehabilitace tyto instituce:
Generální ředitelství ÚP ČR (jakožto metodické pracoviště)
Krajské pobočky ÚP ČR – (tvořících 14 koordinačních pracovišť)

**Kontaktní pracoviště ÚP – (85 kontaktních a poradenských pracovišť)
Pracovně rehabilitační střediska – (jichž není doposud využíváno)
Právnícké a fyzické osoby pověřené zabezpečením PR**

Roli úřadu práce popisuje Richterová (2011) jako roli řídicí a koordinační. Podle § 2 zákona o zaměstnanosti vykonává ÚP státní správu v oblasti státní politiky zaměstnanosti, a to spolu s MPSV.

Úkoly ÚP dělí Tomeš (2009) na pasivní, tj. zprostředkování vhodného zaměstnání evidovaným uchazečům či poskytování dávek v nezaměstnanosti v případě neúspěchu při hledání a na úkoly aktivní, tj. aktivní politiku zaměstnanosti.

Organizační členění a působnost ÚP vymezuje zákon č. 73/2011 Sb., o Úřadu práce České republiky. Rozmístění ÚP odpovídá územnímu členění ČR a obvody působení krajských poboček jsou shodné s územím krajů. Toto členění odpovídá předpokladu, že: *„opatření na úrovni měst a obcí, jsou daleko efektivnější než celostátní plošné opatření bez konkrétního adresáta“* (Tomeš, 2009, s. 42). Vrchním orgánem ÚP je generální ředitelství. K tomu přináležejí krajské pobočky ÚP, které mohou zřizovat svá kontaktní pracoviště působící uvnitř menších územně správních celků.

Z porovnání úkolů MPSV, generálního ředitelství ÚP a krajských poboček ÚP je vyjádřitelný hierarchický vztah využívající při vytváření plánů řešení nezaměstnanosti principu subsidiarity. Podle §8a) zákona o zaměstnanosti krajská pobočka ÚP zpracovává koncepci vývoje zaměstnanosti ve svém obvodu, statistiky, rozbory a výhledy, soustavně sleduje a vyhodnocuje situaci na trhu práce, ... zatímco generální ředitelství má za úkol zajišťovat ministerstvu podklady ke zpracování koncepcí a programů státní politiky zaměstnanosti (SPZ), což vyjadřuje §6 jako úkol MPSV zpracovávat celostátní koncepce a programy SPZ.

Z personálního hlediska se na výkonu pracovní rehabilitace v rámci působnosti ÚP podílí zástupci těchto pracovních pozic, jež uvádí Džambasov et al. (2017) i s odpovídajícím počtem úvazků:

Metodik pro pracovní rehabilitaci (1 metodik v rámci generálního ředitelství)

Koordinátor zaměstnávání OZP (na každé z 14ti krajských poboček jeden koordinátor při celkovém počtu 2,95 úvazků)

Poradce pro pracovní rehabilitaci (na 85ti kontaktních pracovištích při celkovém počtu 19ti úvazků)

3.5. Pedagogická rehabilitace

Pedagogická rehabilitace jako taková není v současné době legislativně vymezena. Džambasov et al.(2017) ji vymezují jako oblast vzdělávání žáků se speciálními potřebami podle zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) a rozumí se jí poskytnutí podpůrných opatření pro naplnění vzdělávacích možností žáků se speciálními potřebami.

V případě poskytování komplexní péče v institucích vzdělávacího charakteru s cílem přípravy na dosažení maximální možné výše vzdělávacích potenciálů OTP je možné v rámci multidisciplinárního týmu předpokládat ústřední roli speciálního pedagoga jako odborníka na vzdělávání osob se speciálními potřebami.

Novosad (2011, s.139) jmenuje jako úkoly speciálního pedagoga v KR: *„vymezení vzdělávacích možností, vypracování a realizace individuálního vzdělávacího plánu, dosažení či dokončení vzdělání, odpovídajícího nadání i schopnostem OTP nebo zvýšení či změna kvalifikace, testování profesních předpokladů, podpora sebezvoje, zlepšení komunikačních dovedností, upevňování a trénování kompetencí potřebných pro život“*.

3.5.1. Raná péče

Definuje zákon o sociálních službách jako službu pro podporu rodin s dítětem se zdravotním postižením do sedmi let věku a podpory vývoje tohoto dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby jsou poskytovány služby rané péče. Jsou definovány zákonem o sociálních službách. Služby jsou poskytovány zjm. terénně a mezi základní poskytované činnosti patří:

- a. výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti;
- b. zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- c. sociálně terapeutické činnosti;
- d. pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

3.6. Koordinovaná rehabilitace ve smyslu welfare mix

Jak již bylo zmíněno, welfare mix vyjadřuje spletenec vztahů mezi formálními a neformálními institucemi pomoci a vytváří tak pluralitní systém pomoci, který je možno chápat jako výraz restrukturalizace sociální ve smyslu přechodu od státu jako garanta zaručování blaha občana ke zvyšování participace institucí primární sociability (rodina, komunita), organizací vzešlých z občanského sektoru a tržních subjektů. Ve vztahu ke koordinované rehabilitaci používám tento termín jako východisko pro znázornění konceptu komplexní rehabilitační péče, těžiště jejíhož výkonu nemusí spočívat v činnosti veřejnoprávních institucí a ve které stát není jediným garantem poskytování, návaznosti, dostupnosti a součinnosti rehabilitačních služeb, Na průběhu realizace se podílejí i zástupci zmíněných tří faktorů. Rodina a komunita jako primární zdroj sociability, institucionalizované formy pomoci vzešlé z občanského sektoru a trh jako prostředí setkávání nabídky a poptávky po vzácných zdrojích. Musil (2010) zvažuje budoucnost sociální práce na základě tří pohledů vplynuvších v rámci českého diskurzu, které nazývá konzervativní¹⁶ modernou, kritickou modernou¹⁷ a postzdni modernou. Vychází z předpokladu, že sociální práce je v českém prostředí nevykrytalizovanou institucí¹⁸ Schopnost formulace gruntu sociální práce, tedy toho, čím se přínos její odbornosti liší od přínosu jiných profesí, vnímá jako předpoklad pro možnost kontroly nad výkonem sociální práce. Anticipace kontroly nabízí dvě možnosti. Buď bude v mocenské pozici komunita sociálních pracovníků, kteří budou prosazovat své zájmy, nebo demokratickým způsobem zvolená politická elita. Pokud bude v druhém případě rozhodnutí zvolených zástupců, kteří budou k sociálním pracovníkům ve vztahu zadavatel-vykonavatel, v rozporu s veřejnými zájmy, je na místě vytváření zpětné vazby ze strany sociálních pracovníků vyjadřující nesouhlas.

Pojetí instituce z pohledu moderny zrcadlí monopolní formu profese s exkluzivním členstvím, jejíž členové poskytují určitou konkrétní formu pomoci. Perspektiva postzdni moderny pojímá

16 Anticipující skrze aktivitu osvědčené autority včlenění instituce sociální práce do smysluplného společenského řádu společnosti, což povede k vyřešení doposud nevyřešených společenských problémů

17 Kritizující nedostatečnou schopnost sociálních pracovníků reflektovat destruktivní vliv ekonomických elit na veřejnou politiku ohrožující existenci sociální práce v podobě první moderny

18 Vykrytalizovanost instituce znamená standardizaci postupů vyplývající z minulé zkušenosti řešení konkrétního problému, přičemž členové skupiny od sebe uplatňování tohoto postupu očekávají (Keller, 1991 In Musil).

SPR jako jednu z podob pomoci v rámci účelově vytvářených sítí podpory otevřené různým druhům řešení určitého problému, jejíž členové budou muset prokázat smysluplnost své účasti.

3.6.1. Neziskové vládní organizace a NNO

Obecně lze říci, že cílem činnosti neziskových organizací není vytváření finančního zisku, ale jejich užitek představuje naplňování předem definovaných společenských hodnot zjm. poskytováním veřejných služeb (Rektořík, 2010).

Definici neziskových organizací doposud žádný právní předpis neupravuje. Charakteristiky neziskových organizací lze vymezit podle právní úpravy právních forem podle kterých jsou uspořádány. Právní formy jsou následující:

- **Spolky a pobočné spolky** (nově podle nového občanského zákoníku), dříve občanská sdružení a jejich organizační jednotky (podle zákona č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů).
- **Nadace a nadační fondy** (dříve podle zákona č. 227/1997 Sb., o nadacích a nadačních fondech, nyní podle NOZ).
- **Účelová zařízení církví**, zřizované církvemi a náboženskými společnostmi podle zákona č. 3/2002 Sb., o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností, v platném znění; dříve Církevní právnické osoby **Obecně prospěšné společnosti** podle zákona č. 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech (nyní již zrušeného; existující obecně prospěšné společnosti však podle něj stále fungují)
- **Ústavy** (podle NOZ)
- **Školské právnické osoby**, registrované Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy a zahrnující ve významné převaze také církevní školy https://www.neziskovky.cz/clanky/511_692/fakta_typy-neziskovych-organizaci/ [cit. 2018-03-02]

Charakteristiky neziskových organizací **podle účelu** směřují k vymezení subjektů těmito pojmy:

I. **poskytování veřejné prospěšnosti** (zákon č. 248/1995 Sb., o obecně prospěšných

společnostech §2), jíž se rozumí přispívání v souladu se zakladatelským právním jednáním vlastní činností k dosahování obecného blaha, pokud na rozhodování právnické osoby mají podstatný vliv jen bezúhonné osoby, pokud nabyla majetek z poctivých zdrojů a pokud hospodárně využívá své jmění k veřejně prospěšnému účelu (zákon. č 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 146) nebo

II. samosprávné a dobrovolné sdružování vedené cílem naplňování společného zájmu (NOZ § 214) nebo

III. trvalá služba společensky nebo hospodářsky užitečnému účelu (NOZ § 306)

IV. provozování činnosti užitečné společensky nebo hospodářsky s využitím své osobní a majetkové složky. Ústav provozuje činnost, jejíž výsledky jsou každému rovnocenně dostupné za podmínek předem stanovených (NOZ § 402).

Charakteristikami neziskových organizací vymezením souboru oblastí jejich působení působení jsou: „zmírňování utrpení, podpora zájmů chudých, ochrana životního prostředí, poskytování sociálních služeb rozvoji komunit“. (<http://www.gdrc.org/ngo/wb-ngo-directive.html> [cit. 2018-10-03])

Podle způsobu nakládání se ziskem například takto: její hospodářský výsledek (zisk) nesmí být použit ve prospěch zakladatelů, členů jejich orgánů nebo zaměstnanců a musí být použit na poskytování obecně prospěšných služeb, pro které byla obecně prospěšná společnost založena. (zákon č. 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech § 2) či podnikání nebo jiná výdělečná činnost hlavní činností spolku být nemůže; a vedle hlavní činnosti může spolek vyvíjet též vedlejší hospodářskou činnost spočívající v podnikání nebo jiné výdělečné činnosti, je-li její účel v podpoře hlavní činnosti nebo v hospodárném využití spolkového majetku; a zisk z činnosti spolku lze použít pouze pro spolkovou činnost včetně správy spolku (NOZ § 217).

Vztah NNO a veřejného sektoru je chápán jako podpůrný. NNO výkonem veřejně prospěšné činnosti poskytují služby, jejichž cíle se překrývají s cíli veřejných institucí. Za to jsou *odměněny* výhodami zdaňování nestátních neziskových organizací, které jsou v České republice upraveny [zákonem č. 586/1992 Sb.](#), o dani z příjmů, ve znění pozdějších předpisů. Podle tohoto zákona jsou nestátní neziskové organizace považovány za tzv. veřejně prospěšného poplatníka, který vykonává činnost, která není podnikáním. Jelikož tyto

subjekty plní řadu funkcí, které by jinak mohly být považovány za oblast výkonu veřejné správy, a tím vlastně veřejnému sektoru usnadňují jeho roli, respektují toto jejich specifické společenské postavení i daňové zákony, přičemž těmto subjektům přiznávají řadu osvobození a daňových výhod.

<https://www.mfcr.cz/cs/verejny-sektor/podpora-z-narodnich-zdroju/neziskove-organizace>

[cit. 2018-23-04]

Financování NNO probíhá vícezdrojově, přičemž o zajišťování příjmů pro chod organizace se z pravidla stará speciální pracovník fundraiser, vršitel zdrojů, který obstarává finanční a materiální dary ze strany soukromých a firemních donátorů, vypisování grantů, organizaci kampaní,... Riziko využití výkonu veřejně prospěšné činnosti je využití činnosti NNO k vytváření výkladní skříně aktivit donátorů, kteří si podporou veřejně prospěšné činnosti nanášejí silnou vrstvu líčidla na jejich, často eticky diskutabilní ekonomickou aktivitou, znetvořenou tvář.

3.6.2. Sociální ekonomika

Součástí ekonomiky, kterou tvoří na státu nezávislé subjekty, organizace a podniky, které produkují statky, služby obchodního i neobchodního charakteru s cílem sociálním. Podniky, které uplatňují demokratickou účast svých členů a zaměstnanců, sledující cíle solidarity a obecného zájmu a které nerozdělují zisk mezi své podílíky. (Dohnalová, Malina, 2006) Prizma sociální ekonomiky rozšiřuje ideu zisku a produktivity. Odhlíží od imperativu prosperity ve smyslu navrhování finančních zdrojů směrem k naplňování myšlenky mezilidské solidarity a rovnoprávnosti skrze modifikaci pracovního prostředí s cílem umožnit přímou participaci osob znevýhodněných na trhu práce. Takové změny však nemusí v dlouhodobé perspektivě znamenat odklon od trendu udržování či zvyšování finančního zisku

Sociální firma je konkurenceschopný podnikatelský subjekt působící na běžném trhu, jehož účelem je vytvářet pracovní příležitosti pro osoby výrazně znevýhodněné na trhu práce a k tomu jim poskytovat přiměřenou pracovní a psychosociální podporu

<http://www.socialnifirmy.cz/index.php/nakupujte-od-socialnich-firem/co-je-socialni-firma> [cit. 2018-25-04]

3.6.3. Komunita

V českém prostředí dnešní doby nelze mluvit o komunitě jako lokálnímu uskupení jednotlivců nezávislém na širším sociálním okolí, které mezi svými členy plní pět základních funkcí (Warren In Gojová, 2006), a to I. Produkci, distribuci a spotřebu II. Socializaci III. Sociální kontrolu IV. Sociální participaci V. Vzájemnou podporu. Keller (1996) hovoří o rozpadu tradičních komunit a přetrvávání reziduálních zbytků komunity v různých stádiích rozpadu.

V souvislosti s rehabilitací osob s tělesným postižením je možno hovořit o komunitě lidí sdružujících se na základě sdíleného problému, který představuje atribut omezení hybnosti, který představuje sociální handicap jakožto jmenovatel formulace životní situace a vymezení potřeb a poskytuje akční potenciál skupinové identity pro vznášení požadavků na odstraňování bariér a prosazování vlastních zájmů. Při náhledu na individuální případ člověka s tělesným postižením pohledem měřením kvality vztahů s jeho okolím může v rámci jeho eko mapy figurovat v podpůrném vztahu množství aktérů. Lze hovořit o skupinách definovaných jako **komunita zájmů** (např. sociálních pracovníků), **lokální komunitě** (osoby a instituce v teritoriální blízkosti osoby, která je jimi respektována jako rovnocenný člen a je s nimi svázána vzájemnými vztahy) či o primární sociální skupině, rodině.

4. Výzkumná část

4.1. Cíl

- A) Představit Jedličkův ústav a školy (JÚŠ) a organizací Centra služeb Vyšehrad (CSV) jako organizaci poskytující služby komplexní rehabilitace.
- B) Zmapovat oblast působení sociálních pracovníků v rámci služeb poskytovaných institucí Jedličkova ústavu a škol a organizací Centra služeb Vyšehrad (CSV) a jeho role v rámci komplexní rehabilitace.
- C) Porozumět roli sociálního pracovníka v rámci instituce JÚŠ a sociálním pracovníkům z organizací Centra služeb vyšehrad (CSV)
- a) charakterizovat jejich cílovou skupinu (věk, z jakých segmentů JÚŠ jsou rekrutováni jejich uživatelé, zapojenost do sítě služeb JÚŠ a CSV
 - b) zjistit možnosti spolupráce s dalšími odborníky těchto zařízení, a to v rámci rehabilitačního procesu osoby s tělesným postižením
 - c) zmapovat percepce podporovaných oblastí problematického fungování a nástroje využívané podpory (metody a techniky, oblast sociálního zabezpečení)
 - d) klasifikovat směřování podpory sociálního pracovníka podle typů sociální práce (administrativní- profesionální - filantopické; resp. terapeutické – reformní - společenská)

Hypotézy:

- I. A) sociální pracovník je odborník zaměřený na podporu sociálního fungování klienta a) facilituje klienta v limitovaných oblastech, kde jsou jeho potenciály nedostačující pro dosažení homeostázy mezi vlastními požadavky a požadavky okolí ve vztahu k jeho schopnostem, b) snaží se o reformu okolí ve smyslu odstraňování bariér znesnadňujících jeho sociální fungování.
- B) v rámci výkonu profese SP v JÚŠ existuje mezioborová spolupráce.
- C) V rámci JÚŠ a CSV probíhá koordinovaná rehabilitace¹⁹.

¹⁹ Rehabilitačním procesem zde rozumím soustavnou a koordinovanou činnost zahrnující multidisciplinární působení s cílem minimalizace negativních důsledků zdravotního postižení, získání a obnovu funkcí napomáhajících společenské integraci, napojení na podpůrnou síť dávek a služeb podporujících jedince v sociálním fungování.

D) Podpora SF mladších žáků bude směřovat k podpoře vzdělávacího procesu, podpoře rodiny. Se zvyšujícím se věkem bude těžiště podpory směřovat k podpoře v oblastech samostatného života (bydlení, zaměstnání).

E) S Votavou (2003) předpokládám, že klient je v situaci, kdy možnost řešit důsledky tělesného postižení lékařskou cestou nestačí a pacientův stav je minimálně dlouhodobý a vyžaduje mimolékařských intervencí. Předpokládám, že v rámci instituce dochází k individuálnímu posouzení klientova zdravotního stavu a sociálních okolností.

4.2. Metoda

Skrze analýzu dostupných internetových zdrojů popsat rozsah poskytovaných služeb JUŠ a CSV. Sběr empirických dat bude probíhat pomocí:

I. formalizovaných dotazníků, které poslouží ke zmapování cílové skupiny uživatelů a jejich zapojení do další sítě služeb instituce.

II. řízeného rozhovoru se sociálními pracovníky JÚŠ a CSV a pracovníky CSV, jejichž služba není registrována dle zákona 108/2006 Sb., ale cíle jejich služby jsou ztotožnitelné s cíli některého ze segmentů komplexní rehabilitace.

Rozhovor bude veden s cílem zmapovat tyto oblasti:

I) cílová skupina a popis poskytované služby

II) subjektivní percepce vlastní pracovní pozice:

a) oblasti podpory sociálního fungování uživatele služby

b) nástroje podpory

c) oblasti mezioborové spolupráce

d) charakteristika mezioborové spolupráce

4.3. Metodika

I. Vytvořit profil instituce podle dat z internetových zdrojů

II. Sebrané rozhovory budou přepsány a poté analyzovány ve smyslu klasifikace výroků podle kategorií (Popis služby – profil pracovníka – oblasti a nástroje podpory – oblasti mezioborové spolupráce). Popis jednotlivých kategorií bude vytvořen ze zobecnění výroků, které budou doplněny ilustrací originálních výroků, ty budou rozpoznatelné podle odlišení kurzívou.

III. Podle dat sebraných z dotazníku sestavím síť služeb využívaných klienty daného pracovníka v rámci instituce. Tato síť představuje potenciální oblast mezioborové spolupráce.

4.4. Profil Jedličkova ústavu a školy

Je instituce poskytující služby dětem a mladým lidem s tělesným a kombinovaným postižením. Rozsah oblastí jeho služeb (v kombinaci s CSV) pokrývá oblasti všech segmentů koordinované rehabilitace. Při poskytování služeb pracovníci vycházejí z holistického pojetí člověka a v rámci organizace dochází k propojování odborné působnosti s cílem co nejlepší integrace studentů a absolventů do běžného života a přirozeného sociálního prostředí. Těžištěm činnosti je poskytování **vzdělávacích služeb** v rámci následujících vzdělávacích institucí:

I. a) Přípravná třída

I. b) ZŠ a Základní škola a střední školy

II. a) gymnázium (čtyřleté studium ukončené maturitou)

II. b) obor sociální činnost (čtyřleté studium ukončené maturitou)

II. c) odborné učiliště v oboru knihař, švadlena, keramická výroba (tříleté studium ukončené závěrečnou zkouškou)

II. d) obchodní škola (dvouleté studium zakončené závěrečnou zkouškou)

II. e) praktická škola (dvouleté studium zakončené závěrečnou zkouškou)

II. f) Speciálně pedagogická poradna, jejíž tým tvoří tři speciální pedagožky, psychologka a sociální pracovníce, jejichž standardní činnost je shrnuta v těchto bodech:

- Komplexní diagnostika žáka (speciálně pedagogická a psychologická)
- Doporučení podpůrných opatření (strategie podpory, pedagogicko- psychologické vedení apod.)
- Konzultace pro zákonné zástupce, pedagogické pracovníky, školy a školská zařízení
- Sociálně právní poradenství (soc. dávky, příspěvky apod.)
- Metodická činnost pro zák. zástupce, pedagogy (podpora při tvorbě individuálního vzdělávacího plánu)
- Zapůjčování odborné literatury
- Pomoc v inkluzi žáků se zdrav. postižením do mateřských, základních a středních škol
- Vedení dokumentace a příprava dokumentů pro správní řízení
- Metodická podpora pedagogů běžných škol
- Odborné konzultace v JÚŠ (ergoterapie, fyzioterapie, školy)
II.g) logopedie

Zdroj: <http://www.jus.cz/>[cit. 2018-20-04]

Mezi **sociální služby podle zákona o sociálních službách** je v rámci JÚŠ poskytován **týdenní stacionář** s cílovou skupinou osob ve věku od 14 do 35 let, které jsou z důvodu svého tělesného a kombinovaného postižení omezeny v sociálním začlenění. Průvodcem službou je klíčový pracovník, který na základě zjištění potřeb klienta a jeho rodiny sestavuje plán péče (obsahující popis rozsahu pomoci při osobní hygieně a pomoci při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu. Pomoc a podpora v jednotlivých úkonech zahrnuje i nácvik sebeobsluhy a používání vhodných kompenzačních pomůcek. Součástí péče o klienty je možnost pravidelné rehabilitace a ergoterapie. Úkolem koordinátora je zprostředkování podpory při řešení osobních témat a náročných situací v životě klientů ve spolupráci s psychologem, lékařem apod. Denní plán je sestaven z výuky, mimoškolních aktivit s výchovnou skupinou. Služba je poskytována v pracovních dnech a její kapacita je 94 klientů. **Denní stacionář** je

služba vykazující podobné parametry jako týdenní stacionář s rozdílem v době poskytování a absencí pobytových služeb. Cílovou skupiny tvoří lidé od šesti do třiceti pěti let. Kapacita je sto deset klientů.

Ze služeb léčebné rehabilitace jsou v JÚŠ poskytovány služby **fyzioterapie, ergoterapie, canisterapie a hipoterapie**²⁰

Dalšími službami JÚŠ jsou konzultační pobyty, program samostatného bydlení a tranzitní program.

4.4.1. Multidisciplinární tým JÚŠ

Způsob práce s klientem JÚŠ je veden cílem soběstačnosti, a to jednak posilováním jejich silných stránek a využíváním kompenzačních mechanismů zeslabujících jejich postižení, jednak rehabilitaci postoje společnosti vzhledem lidem se zdravotním postavením, které jsou reprezentovány pocitem soucitu a zveličování různých neschopností. Dalším rysem fungování JÚŠ je respekt k potřebě sdílení svých životních zkušeností, postojů a problémů s lidmi v podobné životní situaci, kteří mohou představovat vhodnou referenční skupinu pro vlastní sebehodnocení.

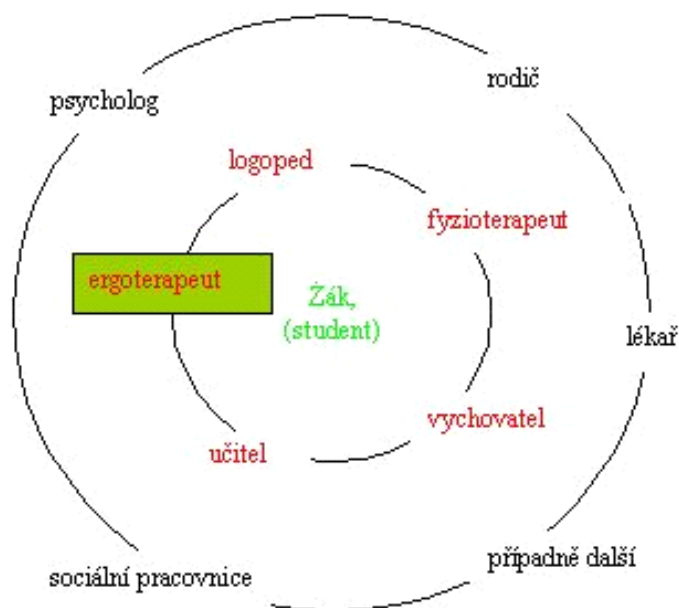
Z této dvojakosti postupů vyplývá postupný ráz, kterým je dosahováno cíle inkluze. Klienti jsou jednak vystavováni požadavkům a hodnocením ze strany majoritní společnosti, jednak prožívají životní proměny uvnitř skupiny osob, jejichž limity sociálního fungování jsou rovněž spoluutvářeny disabilitou na fyzické úrovni a příslušností k tímto kritériem formované sociální skupině.

Základním rysem práce se žákem JÚŠ je multidisciplinarita. Pracovní skupinu je možno si představit jakou soubor soustředných kruhů, jejichž jádro tvoří žák. Prvním z kruhů je tvořen zástupci čtyř odborností (učitel, vychovatel, fyzioterapeut, ergoterapeut, případně ještě logoped) , kteří obíhají kolem žákovy osobnosti, přitahování silou jeho individuality.

V další vlně se na fungování týmu svou činností podíli mimo spolupráci rodinných příslušníků ještě psycholog, lékař, sociální pracovník, případně i zástupci jiných profesí. Jeden ze zmíněných odborníků se stává v pracovním procesu koordinátorem týmu a plní v něm tak roli

²⁰ ve spolupráci se Země lidí, o.p.s. a ekologickou farmou Toulcův dvůr

case managera. Cílem týmu je definovat žákovy potřeby, navrhnout rehabilitační program, realizovat jej a reagovat na změny, přičemž informační zdroj tvoří mimo přímý styk s žákem společná dokumentace, která je k dispozici všem členům týmu.



Zdroj: <http://www.jus.cz/koncepce-cinnosti-JUS> [cit. 2018-04-03]

Nástroje skupinová spolupráce jsou:

Týmové schůzky– porada několika lidí, kteří jsou studentovi nejbližší. Několikrát za rok je svolává koordinátor týmu.

Komplexní hodnocení– jednou za delší období (za rok i déle) společné setkání všech zúčastněných odborníků a rodičů či žáků o celkovém směřování rehabilitačního programu, o dalších plánech. Svolává a vede je vedoucí lékařka.

Modré desky – dokument, kde jsou uloženy všechny podstatné informace, zápisy ze schůzek týmů, z komplexních hodnocení. Doplnuje je a opatruje je koordinátor týmu

Výroční dopis– souhrnné hodnocení členů týmu, které v několika posledních letech žáci dostávají „k vysvědčení“. Je za něj zodpovědný opět koordinátor týmu.

4.5. Profil Centra služeb Vyšehrad

Tvoří jej několik NNO poskytujících služby osobám s tělesným a kombinovaným postižením, jejichž sídlo se nachází v prostorech Jedličkova ústavu a jejichž působnost rozšiřuje oborovou podporu při poskytování komplexní péče, místní dostupnost a potenciál k prostupnosti

jednotlivých služeb a vytváření sítě sociální pomoci podle potřeb klienta. Z hlediska jejich zaměření je diferencovanou skupinou poskytující služby v oblasti sociální rehabilitace, pracovní rehabilitace, osobní asistence, zaměstnávání OTP, sociálního poradenství, nadační činnosti a volnočasových aktivit. Tvoří je tyto organizace:

Asistence o.p.s.

Asistence, o.p.s., je poskytovatelem sociálních služeb pro lidi s tělesným a kombinovaným postižením v Praze. Věkově je cílová skupina ohraničená 16 – 64 lety. Cílem služeb je společný cíl podpořit svobodný a samostatný život v běžném prostředí.

Poskytovanými službami jsou:

osobní asistence a sociální rehabilitace (jako registrované sociální služby), podporované zaměstnávání, ergoterapeutické služby pro jednotlivce i pro úpravy prostředí, psychologické poradenství. zapojování dobrovolníků.

Dlouhodobě je aktivní v oblasti odstraňování bariér ve veřejné dopravě a zlepšuje podmínky pro život lidí s postižením v běžné společnosti. <http://www.asistence.org/zakladni-informace> [cit. 2018-25-04]

Borůvka Praha, o.p.s.

Pražská NNO, která od roku 1998 pomáháme dětem i dospělým s tělesným postižením zapojit se do běžné společnosti. Poskytuje tyto služby:

- a. Pracovně- tréninkový program (TA KAVÁRNA, Obchůdek Borůvka)
- b. Fyzioterapie
- c. Doprava
- d. Chráněná dílna švadlenek
- e. Poradenství pro osoby pečující

Maturus, o.p.s.

Maturus, o. p. s. se věnuje veřejně prospěšnému podnikání v oblasti grafiky. Zaměstnává kreativní lidi s handicapem i bez něj. Současně nabízí tranzitní program, ve kterém se mohou absolventi škol Jedličkova ústavu a lidé s handicapem vzdělávat pod vedením zkušeného lektora v grafických a počítačových dovednostech. <http://www.maturus.cz/maturus-o-p-s.html> [cit. 2018-29-04]

Země lidí o.p.s.

NNO poskytující lidem s tělesným postižením volnočasové aktivity a služby hypoterapie www.zemelidi.cz [cit. 2018-06-05]

Nadace Jedličkova ústavu

Její hlavním cílem je shromažďování finančních prostředků a jiných hodnot za účelem zlepšení komplexní rehabilitační péče o děti a mladé lidi s tělesným handicapem ve všech jejích aspektech <https://nadaceju.cz/o-nadaci/poslani-nadace-ju/> [cit. 2018-06-05]

TAP, z.s.

Zaštituje fungování kapely THE TAP TAP a provozuje vzdělávací centrum pro OZP. <http://www.os-tap.cz/> [cit. 2018-06-05]

SC Jedličkova ústava

Poskytuje široké spektrum možností sportování pro OTP. <http://www.scjupraha.eu/> [cit. 2018-06-05]

PROTEBE, z.s.

Vytváří volnočasové aktivity pro děti a mláďaž s i bez tělesného postižení <http://aktivity.protebe.org/index.php/o-nas/o-nas> [cit. 2018-06-05]

4.6 Data a jejich interpretace

Data sebraná z rozhovorů budou zpracována podle metodiky a doplněna o výsledky získané z dotazníku. Výsledkem je profil pozice sociálního pracovníka a služby, kterou poskytuje s možnostmi přesahu mezioborové spolupráce v rámci instituce.

4.6.1. Anna – samostatné bydlení, konzultační pobyty, externí klienti

Cílová skupina: U klientů samostatného bydlení se jedná o mladší dospělé lidi, převážně s TP, často jde o bývalé studenty JÚŠ a obyvatele týdenního stacionáře. U konzultačních pobytů se jedná o rodiny s dítětem se ZP od čtyř do cca dvaceti let, kteří jsou mimopražští. V rámci podpory externistů se jedná o mladé dospělé s TP, často bývalé studenty JÚŠ.

Potenciální síť spolupráce v rámci instituce:

V rámci JÚŠ je si Anna vědoma souběžného využívání těchto služeb: v pedagogické oblasti využívají klienti možnosti náhledu na výuku a služby SPC a logopedie (v případě KP). V oblasti léčebné využívají služby ergoterapie, fyzioterapie, vodoléčby. V rámci CSV se jedná o osobní asistenci, sociální rehabilitaci a podporované zaměstnání u Asistence o.p.s., o služby pracovního tréninkového programu Borůvky Praha o.p.s., služby SC JÚŠ, a služby MATURUS, o.p.s., Nadace Jedličkova ústavu. **Anna je sociální pracovnice.** Její role se liší podle poskytované služby (spojovací článek, průvodkyně, hlavní informační osoba).

Výjimečnost sociální práce vnímá v pohledu na člověka v kontextu jeho okolí a v podpoře sociální integrace: *člověk je součástí společnosti a sociální pracovník vnímá člověka v širším měřítku, že je třeba součástí rodiny. A když je někdo třeba z nefungujícího rodinného zázemí, tak se to odrazí na jeho prožívání, ... člověka vnímám i v rámci skupin vrstevníků nebo pracovního kolektivu. Sociální pracovník víc řeší fungování klientů směrem ven. Za hlavní pracovní nástroj považuje vztah a rozhovor. Důležité je navázání vztahu, stávalo se mi, že jsme si dali schůzku s klientem a prostě řešili, co se mu daří, nedaří, a bylo to takové hrozně strojené, takové jako formální. A pak jsem potkala klienta, zakecali jsme se na chodbě a pak jsem zjistila, že už si povídáme půl hodiny, dvacet minut, a ona mi říká nějaký důležitý informace a jen tak mezi řečí. Jako bariéru výkonu svého povolání vnímá organizační rozkvetlost instituce a z ní vyplývající byrokratickou rozmanitost a rozdílnost pohledu na životní situaci klienta a na způsob využívání materiálně-finančních zdrojů: je to moloch,... občas platí to úsloví, že levá ruka neví, co dělá ta pravá,...lidi z provozně-ekonomického úseku nebo ze školy mají nějakou představu o tom, jak to má fungovat, a já mám jinou představu.*

V práci jí podporuje tým lidí, se kterými spolupracují: *můžu se na ně obrátit. A klienti, že vidím, že jsou většinou motivovaní. A pohled z mojí kanceláře na Vyšehradě*

Profil samostatného bydlení:

Roční program probíhá od září do června v garsonkách v rámci JÚŠ, kde jsou klienti ubytováni,... má připravit mladé lidi s postižením, většinou s tělesným postižením, na budoucí samostatný život. Takže to jsou lidi, kteří jsou většinou po střední škole a řeší třeba práci nebo další směřování, a tím, že mají handicap, je pro ně obtížné jít od rodičů, kde mají veškerý servis, úplně do samostatného bytu.

Nástroje podpory: Rozhovor, vztah, mapování životní situace, poradenství, skupinová přijímací komise, nácvik dovedností vedoucích k soběstačnosti a samostatnosti, vytváření plánu podpory.

Oblasti podpory (pocítuje, že naplňuje roli sociální pracovnice): *s klienty plánujeme, řešíme, v jakých oblastech potřebují podporu, jakým způsobem podporu můžou získat, jak vidí svůj život do budoucna a co v tom můžou dělat. Jsem víc jako průvodkyně, která je na té cestě provází.*

a) hlavní informační osoba (anamnestická, konzultační, poradenská a administrativní činnost)

Příjem klienta do služby ²¹ (*zajišťuji první kontakt a podepsání smlouvy*)

Zjišťování potřeb klienta, jeho potřebnosti vzhledem k využívání služby: *Sejdu se s nimi, vyplňuji s nimi papíry, hodně se jich ptám na to, co očekávají, z čeho mají obavy, jak jsou na tom se soběstačností. Co zvládnou, s čím potřebují pomoci, na čem chtějí pracovat, v čem můžou být rizikové momenty. Během úvodní schůzky, kdy jim povídám něco o tom programu, ukážu jim prostory, kde to funguje a pak taky provádím něco jako sociální šetření. V podstatě je to formou rozhovoru. ... zmapování situace klienta).*

Reflexe průběhu účasti na programu: *Každé tři měsíce aktualizujeme a bavíme se o tom, co se povedlo, kam se klient posunul, co se změnilo, jak se cítí, v čem je jistý, v čem je nejistý, jak to vnímají rodiče, jak to vnímá on osobně.*

21 Více v mezioborové spolupráci

b) nácvik dovedností vedoucích k rozvoji soběstačnosti a samostatnosti:

Oblasti nácviku vychází z dohody mezi SPr a klientem a z možností poskytovaných služeb. Jedná se o péči o domácnost, cestování, komunikaci, zařizování osobních záležitostí, ... V případě potřeby spolupracujeme s ergoterapeutkami.

c) podpora při řešení praktických problémů: *Přijdou za mnou, když potřebují něco řešit, že jim třeba nejde topení.*

d) podpora při hledání bydlení²²: *společně podáváme žádosti na různé městské části, na magistrát, hledáme možnosti spolubydlení²³, pomáhám s napsáním vyjádření, proč proč by jim ten byt měl být přidělený.*

Profil konzultačních pobytů: *Krátkodobý pobyt je na několik dní, typicky třeba na týden pro rodiny, co mají dítě s postižením a jsou většinou mimopražské a chtějí se poradit v Jedličkárně s odborníky, co by tomu dítěti mělo pomoci, chtějí nějak konzultovat svoje problémy v různých oblastech, hodně často to bývá ergoterapie, nácvik sebeobsluhy, zjištění možností, co to dítě může a nemůže, nalezení kompenzačních pomůcek. Pak využívají hodně fyzioterapii, občas logopedii, plavání v bazénu a tak dále. Nebo může jít o lidi, kteří třeba uvažují o studiu tady ve škole, buď na základce nebo na střední a chtějí se seznámit tady s prostředím Jedličkárny, s tím, jak to tady funguje a přijedou sem na týden, jsou tady ubytováni právě v garsonkách, a chodí tady po konzultacích.*

Role SP (vnímá ji spíše jako administrativně-organizační):

a. Hlavní informační osoba: *příjem klienta do služby: zajišťuji první kontakt a podepsání smlouvy.*

22 Zde dochází k oborové spolupráci se sociálními pracovníky služby sociální rehabilitace Asistence o.p.s.: zapojují se do skupiny, která je kolem tranzitního programu Asistence, taková skupinka lidí na vozíku, kteří chtějí řešit svoji bytovou situaci, scházejí se a vlastně vymýšlí možnosti prostě. Teď budeme dělat happening v parku na Pankráci za samostatný bydlení. Taky jsme udělali webovou platformu, která se snaží propojovat majitele bytů buď bezbariérových nebo takových, který by byli ochotní ten byt bezbariérově upravit se zájemci a vůbec vlastně nějak upozornit na to, že to je problém a ukázat lidem, že třeba vozíčkáři chtějí taky bydlet a že když má někdo byt, tak by ho mohl pronajmout vozíčkáři, protože na stránkách realitek se bezba byt v podstatě skoro najít nedá, protože nejsou nikde označený

23 Možnosti bydlení pro OZP vnímá jako nedostačující. čekačka je tam pět let a bytů je málo, mimopražský skoro nemají šanci. Jako bariérový pocítuje i laxní přístup úředníků a obecný nezáměr a nevědomost týkající se této problematiky

b. Organizátorka pobytů (mapuje potřeby klienta a jeho rodiny a na základě jejich potřeb a přání zajistí vybrané služby z poskytované nabídky a naplňuje časový harmonogram návštěv): *Organizuji klientům program, vycházím z přání uživatelů. než přijedou na pobyt, tak je kontaktuji a pošlu jim, co máme za nabídku služeb... Máme soupis toho, že nabízíme fyzio, ergo, plavání v bazénu, dílny, konzultaci s psychologem... a řeknu jim, aby si vybrali a kontaktuji jednotlivé pracovníky a domluvím se s nimi a poskládám. A většinou se těch rodičů dopředu ptám, co konkrétně chtějí řešit. Takže rodiče mají většinou dopředu představu nebo dopředu vědí, co by chtěli řešit a za jakými odborníky zajít. Když jejich dítě má problémy s mluvením, tak typicky chtějí za logopedem.*

c. Facilitátorka pobytů (poskytuje informační a psychologickou podporu při využívání služby a je garantkou získávání zpětné vazby, začíná a ukončuje kontakt s klientem): *Snažím se s nimi alespoň jednou denně vidět a zeptám se jich, jak se mají a jestli je všechno v pohodě, zeptám se jich, jak se jim líbily ty terapie, jestli vyřešili to, co potřebovali. Řeknu si o tu zpětnou vazbu. Pak posílám e-mailem takový dotazníček, kde je prosím jenom o hodnocení služeb. Začínám kontakt s klientem a jsem u ukončení služby.*

Profil podpory externistů: *jde o podporu mladých lidí ubytovaných v JÚŠ a studujících mimo instituci. Jde o mapování potřeb, pokecám s nimi, a pak spíš o administrativní podporu.*

Oblast mezioborové spolupráce

a) V rámci samostatného bydlení **identifikuje potřeby klienta** v rámci nácviku soběstačnosti a samostatnosti a určí vhodnost intervence ergoterapeuta.

b) **Přijímací komise:** participuje na skupinových setkáních při příjmu klienta do služby, kde se zvažuje vhodnost a potřebnost přijetí klienta do služby: *Sejde se několik zástupců z Jedličkárny. Jsem tam já jakožto průvodkyně v samostatném bydlení, má tam své slovo taky ředitel Jedličkárny, lékař a většinou vedoucí rehabilitačního, fyzio a ergo úseku. Vychází se z lékařských zpráv, ze sociálního šetření SP (sociální anamnéza – rodinná, osobní, problémů klienta a jeho cílů) a z reflexe předchozího fungování klienta, pokud dříve využíval služeb instituce. Struktura setkání je představení sociální situace uchazeče sociální pracovníci, vyjádření lékaře, popř. speciálního pedagoga či psychologa. Pak probíhá diskuze. Pro příjem do služby je rozhodující slovo ředitele. Potřebnost je zvažována z hlediska komparace současných zkušeností, schopností a cílů ve vztahu k náročnosti programu a možnému přínosu*

v oblasti nácviku dovedností vedoucích k soběstačnosti a samostatnosti. Přihlásila se slečna,...bylo vidět, v podstatě na první pohled, že je na rodičích hodně závislá, a vzhledem k závažnosti postižení by to byl pro ni strašně velký skok z toho servisu, kdy ona žije na vesnici a rodiče jí tam udělají všechno, jít do Prahy, kde toho servisu bude mít minimum, protože nenabízíme v rámci služby osobní asistenci. Takže tam jsem třeba už intuicí vytušila, že na to není ještě připravená. Klienti, kteří k nám přijdou do samostatného bydlení musí být zralí na to, aby to zvládli, aby se z toho prostě nesložili. V případě nejistoty vyplývající ze závažnosti zdravotních problémů může dojít k opakovanému setkání členů komise ve věci rozhodnutí přijetí a možnosti zavedení speciálních podmínek typu, že klientka bude v pravidelném kontaktu se zdravotníky a bude pravidelně chodit na převazy.

c) konzultace s ergoterapeutkami: při zvažování možnosti prodloužení účasti na programu samostatného bydlení. Její potřebnost vychází z možnosti rozdílného pohledu podle profese na další přínosnost účasti klienta na programu.

d) konzultace s vedoucí tréninkového programu v TA KAVÁRNĚ: pro získání náhledu na fungování průsečíkových klientů v různém prostředí: *bavily jsme se o jednotlivých klientech a já jsem jí říkala svůj pohled, ona mně říkala svůj pohled na klienty, jak chovají v kavárenském kolektivu.*

e) spolupráce s ergoterapeutkami při vytipování činností vyžadujících využívání kompenzačních pomůcek

f) případové konzultace v rámci SPC pro získání širšího náhledu na životní situaci klienta a návodných pracovních postupů: *když si nevím rady, tak se obrátím na kolegyně a ty mi k tomu můžou dát svůj názor, poradit, co dělat, nebo prostě dát nějakou zpětnou vazbu.*

g) zařizování náhledu výuky na ZŠ JUŠ a konzultace vhodnosti tamějšího studia klientky KP: *měla jsem klientku která je snad v páté třídě a je integrovaná a chtěla vyzkoušet jít sem do páté třídy. Komunikovala jsem s panem ředitelem škol a moje role byla nastínit situaci téhle holčiny.*

Shrnutí:

Anna je sociální pracovnice JUŠ organizačně spadá pod ambulantní část SPC. Do její agendy spadají klienti programu samostatného bydlení, konzultačních pobytů a externích klientů.

Navazuje vztah a vede rozhovory s klientem, spolupracuje s rodinou, mapuje potřeby klienta a vytváří sociální anamnézu, plánuje postup podpory, poskytuje administrativně-byrokratickou podporu, poskytuje služby nácviku soběstačnosti a samostatnosti, poskytuje sociální poradenství.

Z hlediska klasifikace typů sociální práce výkon její práce obsahuje aspekty administrativního²⁴, profesionálního i altruistického typu s pocíťovanou převahou aspektů administrativního typu.

Sociální práci jako profesi nahlíží paradigmatem terapeutickým (vztah, rozhovor), reformním (*přijde mi to dobrý nápad, než prostě řešit papíry, tak dělat setkání a říct, hele tohle je problém,.....upozornění na to, že když lidi nebudou mít kde bydlet, tak budou bezdomovci a budou prostě spát v parku. Tak tam zkusíme přespát.*) i společenským (*odkazují na někoho jiného, ... věnují se nácviku samostatnosti, jsem průvodkyní, hlavní informační osoba, ... konzultuji,...*)

Mezioborová spolupráce probíhá zjm. na konzultační úrovni (s psycholožkou, speciální pedagožkou, vedoucí pracovního tréninku) v případě potřeby získání náhledu na fungování klienta v závislosti na prostředí, při konzultaci potřebnosti služeb, v případě využití jiné odbornosti v průsečíku oblasti podpory (ergoterapie při nácviku samostatnosti).

Metodicky podloženým nástrojem oborové spolupráce jsou přijímací komise, při kterých seznamuje uchazeče o službu skrze sociální anamnézu a diskutuje potřebnost klienta pro využití služby samostatného bydlení.

4.6.2. Andrea - vedoucí tréninkového programu pro OZP

Cílová skupina: dospělí lidé většinou s tělesným postižením.

Potenciální síť spolupráce v rámci instituce:

V rámci využívání služeb JÚŠ v pedagogické oblasti nedochází k využívání služeb. Účastníci programu mají již ukončené vzdělání.

²⁴ Přičemž množství povinností v této oblasti pocíťuje jako zatěžující *spousta papírování, byrokracie, spousta různých žádostí ... jsem prostě víc úřednice a schraňovatelka papírů*

V rámci léčebné rehabilitace si je vědoma využívání služeb fyzioterapie, praktického lékaře a ergoterapie. Z dalších služeb jde o tranzitní program, program samostatného bydlení.

V rámci CSV jde o OA, SR, Podporované zaměstnání, ergoterapii, psychologické poradenství a dobrovolnický program Asistence o.p.s., všechny služby Borůvky Praha o.p.s.. Služby SC JÚŠ, služby Země lidí o.p.s., Nadace Jedličkova ústavu.

Popis služby:

Jedná se o trénink pracovních dovedností pro OZP. Člověk u nás na základě jasně strukturovaného rozvrhu vykonává po dobu 10-12 měsíců práci v tréninku a má možnost využívat dalších podpůrných služeb. Není u nás jen zaměstnán, ale průběžně prochází individuálním plánováním, rozvojovými skupinami s pracovní terapeutkou, provozními schůzkami zase se mnou, dále má individuální konzultace s pracovní terapeutkou a pokud se vyskytne situace nutnosti krizové intervence, tak moje pozice mi umožňuje s těmi lidmi tou situací procházet a někdy se vměšovat jako třetí člověk do diskuse o problému. Člověk zná dobu trvání pobývání u nás. Ideálně s naší dopomocí pracovní terapeutky najde práci a dostává certifikát a v ten moment opouští kavárnu.

Trénink probíhá ve třech fázích. **První** spočívá ve zorientování se a adaptování se na nové prostředí, a vůbec celkově zjišťování, jaké jsou fyzické a psychické možnosti účastníků tréninku. **Druhá** fáze je stabilizování se, uklidnění se a řekla bych, velmi plynulý přechod do ovládání dovedností, které právě na základě svých možností jsou schopni zvládat. Je důležité, aby se prolnuly potřeby kavárny s jejich možnostmi. **Třetí** fáze je z mého pohledu práce s vlastním sebevědomím, s vlastními možnostmi, kdy už mají ti lidé otevřenou mysl, k tomu, aby přemýšleli o tom, co můžou dál dělat.

Čtyřikrát týdně se člověk zapojuje do provozu kavárny. Každá směna je ukončena patnácti minutovou reflexí jejího průběhu. Nácvik dovedností je rozdělen do dvou rolí podle vykonávaných pozic: na přípravu nápojů a pozici pokladníka. Někdo lépe zvládá matematické, logistické činnosti a někdo ty manuální, kde nemusí tolik přemýšlet a fixuje jeden úkon za druhým. Teoreticky vycházím z kognitivně-behaviorální přístupu, ze kterého jsem čerpala na začátku, což znamená, že opakování je matka moudrosti a lidé si dovednosti zafixují, když si je můžou opakovaně zkoušet.

Trénink probíhá za podpory klienta trenérem, který je ze začátku určitě rukama, nohama, hlavou. A je to člověk, který nevychovává, neučí, ale provází. To je důležitý faktor, není tam žádný mentor, který tam bude nad ním stát a dupat nohou a čekat, až to bude, ale je to někdo, kdo návodnými informacemi tomu člověku umožňuje, aby si na to přišel sám.

Oblasti podpory podle fází tréninku:

I. Fáze - Vykonávám pracovní pohovory. *V rámci asi jedné hodiny probíhá jak teoretická, tak praktická část. Rozhoduji o vhodných kandidátech, které vybírám podle toho, zda v rámci svých fyzických možností a intelektu zvládnou zátěž kavárenského procesu.*

- **Seznamuji** ve skupině s ostatními kolegy a představuji svůj tým, seznamuji s prostorem, s pravidly TA KAVÁRNY a s provozními věcmi.

II. Fáze - Promýšlení pracovních postupů reflexivní praxí. *Máme možnost postupy, které na základě zkušeností v tréninku získáme, aplikovat dál, a věci, které jsou k ničemu, neaplikovat.*

Vedení a sestavování pracovního týmu: *Organizují školení týmu, který se skládá z trenérů a sociálně pracovní terapeutky. Náš tým je profesně rozmanitý, tak aby klient v kavárně byl zapojen do prostředí lidsky co nejpodobnějšímu běžnému zaměstnání.*

Zajišťování bezpečného prostředí a individuálního přístupu: *Snažíme umožnit lidem, aby se poznali a aby našli ve své práci uplatnění, které jim sedí na tělo. Pozitivně se dá přistupovat i k něčemu, na co člověk nemá. To je opravdu hrozně důležité, počkat, až se na to bude cítit.*

Limity jsou rozdílné podle člověka, někdy je tam dyskalkulie, problémy s jemnou a hrubou motorikou, horší sluch, špatná jemná motorika, změny na mozku třeba v rámci poúrazových situací, DMO, kdy mohou být ti lidi zpomalenější a pro pro jejich rozvoj je třeba nastolit bezpečí, které není falešné a není chemické. Nejde o to, že z nich chceme udělat ovce, tak je tady hezky zabalíme do peřinky, ale znamená to, že abyste mohli být dobří, potřebujete na to klid a mít vlastní tempo. Umíme se orientovat v krizové situaci a máme všichni v sobě dost citu pro to, abychom poznali, kdy člověk už skutečně nemůže a v ten moment jeho činnost přerušili a dali mu prostor.

Práce s rodinou:

Netroufám si říct, že pracujeme přímo s rodinou, ale v případě, že ten člověk zatím ještě nemá sám na to rozhodovat o určitých svých možnostech, anebo když něco ve vztahu k jeho rodině nefunguje a narušuje to hladký průběh tréninku, tak se nám jako funkční model osvědčuje otevřít to téma a případně kontaktovat někoho z rodiny a bavit se o tom.

III. Fáze - Spolupráce se sociálně pracovní terapeutkou:

Zakázka vedoucí tréninku na sociálně pracovní terapeutku je vyjít vstříc představě pracovní perspektivy klienta: vycházíme z požadavků našich klientů a zamýšlíme se nad jejich možnostmi a v tom sektoru hledáme. Sledujeme kromě toho vyhledávání konkrétních možných potenciálních zaměstnavatelů²⁵, běžnou nabídku inzerátů. Při přípravě na pracovní pohovor se snažíme zajistit individuální přístup, je tam potřeba opravdu intervence ze strany pracovního terapeuta a doladování informací. A celkově vyladování si možností a schopností klienta a potřeb zaměstnavatele. Vždycky je dobré předání informací o klientovi, ale tam je důležitý, aby si to on přál. Jsou prostě typy lidí, kteří si ty věci už chtějí hledat sami a tam potom není určitě dobré, abychom do toho zasahovali.

Dohled nad průběhem tréninku - dohlížím na to, aby tenhle servis fungoval.

Fáze po opuštění tréninku - participace na zajištění čtrnáctidenní praxe s podporou pracovního terapeuta - Zajištění až půlroční podpory klienta sociálně pracovní terapeutkou při přechodu do nového zaměstnání

Provoz v rámci JUŠ

Je o velké dvojsečnosti. Je to obrovská výhoda být v prostředí, kde se lidi, se kterými pracujeme, běžně pohybují, a můžou vidět ty naše lidi jinak. Obrovská výhoda je v tom, že ta instituce jako taková nám nabízí množství materiálně provozních výhod. Na druhou stranu nevýhodou je, že náš provoz je omezen jejich pravidly, třeba nemůžeme prodávat alkohol. Zároveň si uvědomují, že bez takové podpory by to nešlo. Z tréninkového pohledu Jedličkův ústav zasahuje zcela minimálně.

25 Nabízejících pracovní místa pro OZP

Mezioborová spolupráce:

Podpora z Jedličkovy ústavu, z SPC, *můžu konzultovat svoje postupy s psychologem z Jedličkovy ústavu, se speciálními pedagožkami, a můžu si předávat informace s MATURUSEm, což je taky tréninkové pracoviště.*

Konzultace se sociální pracovníci ze samostatného bydlení jsou mnou vyvolaná iniciativa, koná se asi třikrát ročně a týká se klientů, které máme v průsečíku. Schůzky jsou vhodné pro to, abychom si předali informace a aby obě strany věděly, na co se dá zatlačit a co naopak pustit. Může být pro nás dobré vědět, že pokud je člověk v práci u nás hodně unavený, tak bude asi unavený i v tom bydlení a můžeme vždycky jedna nebo druhá strana přestat tlačit na jeho lepší výkony a uvědomit si, že ho to prostě asi hodně zatěžuje. Když je schůzka před výběrem lidí, kteří budou vhodní kandidáti na bydlení, snažíme se propojit naše spotřeby, aby došlo zároveň k využití možnosti účasti v tréninku pracovním a bydlení.

Náhled na profesi

Z hlediska aplikace znalostí se řídí volností přístupu s ohledem na zachování klientovy individuality s důrazem na vytváření neformálního prostředí simulujícího diverzitu neinstitucionálního světa, inspiruje se metodikou obdobně zaměřených služeb, se kterými vytváří neformalizovanou podpůrnou síť. Při práci s klientem preferuje princip tabula rasa: *Protože nejsme sociální služba a nemusíme splňovat žádné povinné standardy, tak je trénink jako takový opravdu velmi svobodný, neexistuje jasně daná forma, kterou budeme k lidem přistupovat, jak se k nim budeme chovat, jestli si budeme vykat, tykat, jestli si budeme tohle dovolovat, nedovolovat, za co už je to kázeňská záležitost a kdy ještě ne... Snažím se vytvořit opravdovost toho, co se u nás naučí. Protože samozřejmě jinak bude přistupovat speciální pedagog se svou vystudovanou empatií a jinak prostě zahradník, nebo prodavač v obchodě, který má roli trenéra a není to odborník. Takže všechny tyhle jemné nuance si můžeme volit sami. To je ta největší hodnota v téhle práci. Máme možnost věci, které na základě zkušeností z tréninku získáme, aplikovat dál, a věci které jsou k ničemu, neaplikovat.*

Osobně jsem nejradši, když o těch lidech toho moc nevím, a když někde něco drhne, tak se to teprve dozvídám. A to je přesně ten moment, když u už je dobré si vyžádat zprávu. kterou ten člověk buďto přinese sám, nebo sám doporučí někoho, s kým je dobré to konzultovat. Konzultovala jsem určité typy problémů klientů s jejich logopedy, když jsou to lidi po úrazu

mozku, s jejich rehabkou v tom samém případě, potom spolupracujeme s Ergoaktivem, spolupracujeme s Kavárnou mezi řádky, kde se dají předávat informace a nějaký návody, co komu funguje, pak to Bílá vrána. Oslovuji organizace, které fungují podobně. Jako je Hračkotéka, kdy si můžeme obě strany předat nějaké to know how, které nás může posunout. Není to na odborné bázi, ale spíš na sdílení .

Shrnutí

Andrea je vedoucího pracovního tréninku v TA KAVÁRNĚ, které provozuje organizace Borůvka Praha o.p.s. Služba není registrována jako sociální služba podle zákona o sociálních službách, což považuje jako výhodu v možnosti svobodného výběru pracovních postupů a reflexivní praxe. Věnuje se vytváření sítě podobně zaměřených služeb s cílem předávání know how. V praxi preferuje kognitivně behaviorální přístup a přístup zaměřený na člověka a vytváření bezpečného prostředí pro nácvik pracovních dovedností s cílem aktivního zapojení člověka se zdravotním postižením v životě a na trhu práce. Její práce naplňuje atributy terapeutického typu sociální práce (snažíme se umožnit lidem, aby se poznali,...abyste mohli být dobrý, potřebujete na to klid a my to víme a posloucháme jejich tempo), reformního (ve smyslu nenásilné reformy postojů zaměstnavatelů i široké veřejnosti k OZP: *Je to obrovská výhoda být v prostředí, kde lidi, se kterými pracujeme můžou být vidět jinak*) i společenského typu (dochází k napojování na síť poskytovaných služeb).

4.6.3. Tereza - sociální pracovnice ambulantní části SPC

Tereza pracuje jako sociální pracovnice, je spolu se speciálními pedagožkami a psychologkou součástí týmu ambulantní části SPC.

Cílová skupina: věk od 2 let, horní hranice není věkově omezena; většinou jde o lidi s tělesným, výjimečně kombinovaným postižením (porucha zraku, případně přidružené lehké mentální postižení či specifická porucha učení).

Potenciální síť spolupráce v rámci instituce:

V rámci JÚŠ je si Tereza vědoma souběžného využívání těchto služeb JÚŠ: V rámci pedagogické oblasti jde jen o ambulantní služby SPC (v případě následného přechodu do školského zařízení JÚŠ se žák stává klientem školské části SPC). V oblasti léčebné jde o využívání služeb ergoterapie a fyzioterapie.

V oblasti sociální jde o využívání týdenního stacionáře.

Z dalších služeb dochází k využívání tranzitního programu a konzultačních pobytů.

V rámci CSV je si Tereza vědoma souběžného využívání služeb Asistence (OA, SR, podporované zaměstnání), Borůvky Praha (pracovně-tréninkový program, fyzioterapie, doprava, chráněná dílna), Sportovního klubu JÚŠ, MATURUSu, Země lidí a PRO TEBE, Nadace Jedličkova ústavu.

Škála potenciální sítě spolupracujících subjektů zahrnuje zástupce všech segmentů koordinované rehabilitace. V rámci výkonu své profese se věnuje odbornému sociálnímu poradenství, mapuje potřeby klienta, spravuje databázi klientů a kartotéku, věnuje se práci s jednotlivcem a s rodinou. Využívá techniky rozhovoru, aktivního naslouchání, sociální anamnézy.

Sociální práci nahlíží jako *soubor podpůrných institucí, které jedinci poskytují možnost pomoci zajištění důstojného života a existenci osob, které jsou připraveny naslouchat klientovi v tíživé situaci*. Výkon její praxe odráží prvky společenského (práce s jednotlivcem, rodinou, sociální poradenství) a terapeutického paradigmatu (*občas k nám jdou i rodiče postižených dětí, aby je někdo vyslechl, ...Důležité je právě to, že si s tebou může někdo popovídat. Že tě někdo vyslechne... Je to o tom naslouchání.*) Z hlediska typů sociální práce pociťuje v rámci výkonu své pozice přílišný podíl aspektů administrativního typu (*cítím se být zatížená administrativou a byrokracií, na druhou stranu mám ve své pracovní náplni administrativní práce, takže se vlastně není čemu divit*) s přáním navýšení aspektů profesionálního typu (*neodcházím se skvělým pocitem dobře vykonané práce v rámci výkonu sociální práce, ... ze začátku jsem měla představu, že budu více komunikovat s jinými orgány, organizacemi – pro upřesnění, práce v JÚŠ je mou první pracovní zkušeností v roli sociálního pracovníka po absolvování studia – avšak není zde pro to až takový prostor.*)

Popis cíle služby:

Vymezím-li se od speciálně pedagogických cílů služeb našeho SPC, z hlediska sociální stránky je jednoduše řečeno cílem seznámit klienty s možnostmi podpory a zajistit jim služby vedoucí k zajištění jejich spokojenosti a důstojných podmínek v životě. Občas, myslím, k nám jdou i

rodiče dětí s postižením jenom proto, aby je někdo vyslechnul. Takhle to cítím poslední dobou, ne všichni na ně berou ohledy nebo je poslouchají.

Popis fáze mapování životní situace a potřeb klienta:

Kontaktuje nás rodič nebo zletilý klient ohledně toho, že potřebuje naše služby. Já si od něj vyžádám dokumentaci (vstupní dotazník, a vyplníme oficiální žádost o poskytování poradenských služeb, dotazník informací od rodičů, zdravotní zprávy, které nám poskytne klient) a potom proběhne rozhovor s klientem, který je pro mou práci zásadní. Ověřuji při něm informace z dotazníků a doptávám se na věci, které v dokumentaci nejsou, popisují mi svou situaci, vlastní pohledy na vývoj dítěte. Pak následuje konzultace s kolegyněmi, jestli k nám zájemce spadá, a pokud ano, tak se s uchazečem dohodnu na termínu konzultace či vyšetření. Dítě je vyšetřené speciálně pedagogicky, psychologicky, na mně je, abych udělala anamnézu, která slouží jako jeden z podkladů pro vyšetření kolegyním.

Oblasti podpory:

V oblasti podpory vzdělávání, resp. integrace žáka s tělesným postižením a podpory jeho rodiny se podílí na přípravné fázi speciálně-pedagogického poradenského procesu.

Mapuje sociálně-zdravotní situaci zájemce o službu (zařizuje první kontakt s klientem, shromažďuje a zpracovává vstupní dokumentaci, sestavuje komplexní anamnézu klienta podle dostupných zdrojů):

Administrativní činnost spočívá v zajištění veškerých dokumentů pro hladký průběh toho, aby vůbec mohlo dojít k vyšetření našich klientů. Chodí k nám děti zvenku, z běžných škol. Takže aby vůbec mohla započít ta práce, tak je potřeba vyplnit formuláře, získat formuláře, během toho zajišťovat veškeré věci kolem ochrany osobních údajů, informované souhlasy od zájemců o službu. Pracuji s databází, odesílám poštu, zakládám spisy, vedu kartotéku, sbírám a shromažďuji data pro výkaz pro MŠMT, což je asi časově nejnáročnější.

V oblasti orientace v možnostech využívání zdravotně-sociálních služeb zjišťuje potřeby klienta a poskytuje odborné sociální poradenství a vytváří síť kontaktů. Věnuje se odbornému sociálnímu poradenství v oblasti poskytování dávek, sociálních nároků,

případně, když potřebují nějaké volno-časové aktivity nebo když shánějí podporované zaměstnání, tak odkazují na sociální služby, případně i na neregistrované neziskovky. Mám vytvořenou a vytvářím síť kontaktů. Poskytuji podporu při výkonu postupů nutných pro získání dávky či využití služby.

Mezioborová spolupráce

Domlouváme **konzultace** na ergoterapii, *když je potřeba pomoci třeba s výběrem kompenzační pomůcky, a fyzioterapii. Také odkazují na tranzitní program od Asistence i od Jedle.*

Vystavuji zprávy pro Úřední jednání, což není tak časté

V rámci **spolupráce s centry komplexní péče** dochází k příjmu jejich pacientů do služeb SPC.

V **případě přechodu žáka z integrované školy** do škol JÚŠ. dochází ke spolupráci s pedagogickými pracovníky či sociálními pracovníky školní části JÚŠ, a to na úrovni předávání informací a případových konzultací.

V rámci metody **sociálního poradenství** dochází po zmapování potřeb klientů k jejich přesměrovávání na služby léčebné rehabilitace (ergoterapie, fyzioterapie), sociální, pracovní i pedagogické rehabilitace.

4.6.4. Jitka - vedoucí služby sociální rehabilitace, Asistence o.p.s.,

Cílová skupina: lidé s tělesným postižením ve věku 16 – 64 let

Potenciální síť spolupráce v rámci instituce:

V rámci služeb si je Jitka vědoma souběžného využívání těchto služeb v oblasti pedagogické: ZŠ, SŠ, další vzdělávání, SPC a logopedie. V oblasti léčebné jde o návštěvy lékaře (praktický, pediatr, neurolog, rehabilitační lékař), ergoterapie a fyzioterapie. V oblasti sociálních služeb dochází k souběžnému využívání služeb denního a týdenního stacionáře a chráněných dílen. Z dalších služeb jde o tranzitní program a samostatné bydlení.

V rámci CSV se jedná o všechny služby Asistence o.p.s., pracovních-tréninkový program Borůvky Praha o.p.s., SC JÚŠ, Země lidí o.p.s., Nadace JÚ.

Popis služby:

Služba sociální rehabilitace prochází v posledním roce personální i metodickou restrukturalizací. Aktuálními tématy při promýšlení podpory klienta je I. maximalizace míry zapojení klienta do formulace problému sociálního fungování a zapojení jeho osoby do hledání východisek a II. souběžné zvažování adekvátnosti identifikace přání klienta s cílem intervence sociálního pracovníka. Služba je rozdělena do čtyř oblastí podle oblasti podpory (podpora přechodu do zaměstnání, bydlení, navazování mezilidských vztahů a volnočasové aktivity, řešení problematických interakcí s lidmi a institucemi. Popis jednotlivých oblastí obsahuje i nástroje podpory klienta:

Starám se o náš tým sociální rehabilitace, nastavily jsme nové procesy, jak pracovat s klienty, řešíme věci v týmu. Kromě metodiky postupů a týmové podpory se věnuji i případové práci (dříve byla práce vedoucí zaměřená hlavně na práci s týmem, já jsem si říkala, že chci znát všechny příběhy lidí, kteří jsou ve službě) a práci s rodinou a komunitou.

Tým vedoucí sociální pracovnice, čtyři konzultantky sociální pracovnice, metodická konzultantka, konzultantka pro rodinu, peer konzultantka (u které využíváme pohled člověka s vlastní zkušeností s životem s tělesným postižením) a nácvikovní asistenti jako pracovníci v sociálních službách.

I. Tranzitní program

Je zaměřený na řešení budoucího života studentů středních škol. Zkoušejí, co by mohli dělat na otevřeném pracovním trhu, takže s těmi lidmi hledáme praxe. Skrz individuální schůzky zjišťujeme přání a možnosti klienta a na základě toho společně plánujeme, co budeme dělat. Využíváme služeb nácvikových asistentů, kteří klienta podporují na pracovišti. Poskytujeme zpětnou vazbu, kde identifikujeme oblasti, ve kterých se může dál posouvat a vymýšlíme způsoby, jak posilovat silné stránky. Celý proces podpory poté diskutujeme v týmu na případovém setkání. Dochází k využívání ergoterapeutických služeb při řešení překonávání architektonických bariér a dosahování samostatnosti a soběstačnosti na pracovišti.

II. Program zaměřený na samostatné bydlení

V rámci služby identifikují potřebu bydlení jednak individuálně v rámci práce s jednotlivcem, jednak problematiku bezbariérového bydlení nahlížíjí jako společenský problém²⁶.

Od tohoto rozdělení se odvíjí i způsob zvolené intervence.

Individuální práce: *s těmi lidmi děláme rozvahy, co to znamená samostatně bydlet, aby věděli, že je potřeba platit nájem, mít dostatek osobní asistence, ... jestli jsou na takový krok připraveni. A potom poskytujeme podporu a pomoc při hledání bydlení.*

Systémové změny: *Pomohli jsme vytvořit skupinu lidí, kteří hledají bydlení a vytvořili stránky²⁷ jako platformu pro propojování nabídky bezbariérových bytů a poptávky po nich²⁸ Zároveň pořádáme happeningovou akci s cílem upozornit na ten problém, vyvolat diskuzi a hledat možnosti řešení. Pozvali jsme docela dost zástupců politických stran a lidi erudované v oblasti sociálního bydlení, aby s námi vedli diskuzi. Součástí happeningu bude sociální akce, kdy budeme s lidmi z té akční skupiny přespávat v parku na Pankráci.*

III. Program Někam patřit

*Pro lidi, kteří potřebují něco dělat, kteří většinu času tráví doma jsou osamělí a nemají kamarády. Mají lidi jenom ze služeb, osobní asistenty a tak. Takže **zjišťujeme jejich zájmy a silné stránky** a jak je naplnit, využít. Poskytujeme poradenství o volnočasových službách a dáváme jim tipy a zkoušíme s nimi co to dá.*

IV. Program Vyjádřit svůj názor

*Je zaměřený na problémy, které lidé řeší s třetí stranou, ať už jsou to rodiče nebo škola nebo nějaké úřady. V případě, kdy dochází ke konfliktům, střetům zájmů, obecně problematickým situacím v interakcích, **pořádáme schůzky**, kam pozveme zúčastněné osoby a poskytneme*

²⁶ lidi s tělesným postižením mají velký problém sehnat adekvátní bydlení, ...chceme to změnit systémově, protože bydlení od obcí skoro neexistuje, hlavně pro lidi, co nemají trvalý bydlíště v Praze, tak musí čekat pět let na to, než je vůbec zařadí do evidence... v komerční nabídce bezbariérové byty nejsou vůbec označené, nikdo na to nemyslí, že by někdo potřeboval bezbariérový přístup a kritéria bezbariérovosti jsou nejasně specifikované

²⁷ www.bezbabyty.cz

²⁸ Hledáme reality a majitele nemovitostí s bezbariérovým přístupem nebo těch, kteří by byli ochotni k architektonickým úpravám, které bychom zkoušeli spolufinancovat pomocí financí z nadací a sháníme stavební firmy, které by byly ochotné se podílet na úpravách. Je to hodně o víře a důvěře v lidi.

klientům bezpečný prostor, pro vyjádření vlastních pohledů a postojů, aby mohli tu situaci uchopit a říct, jak se v ní cítí a co v ní potřebují a co by pomohlo, aby to bylo jinak.

Využíváme spolupráci s externí kolegyní, která má sama syna s kombinovaným postižením a je vzdělaná v metodě plánování zaměřením na člověka. Vytváříme bezpečné prostředí a vycházíme z toho, co člověk potřebuje.

Mezioborová spolupráce

- v otázce architektonických úprav prostředí a využívání kompenzačních pomůcek probíhá pravidelná spolupráce s **ergoterapeutickým úsekem**
- plánované napojování na odborníky věnující se **augmentativní a alternativní komunikaci**
- využívání služeb SPC při výkonu diferenciální diagnostiky při zjišťování poruchy autistického spektra
- probíhá snaha o vytvoření možnosti **zajišťování psychologických služeb**

Vnímání profese

Otázku výlučného postavení sociální práce si kladu nerada. Mám ji spojenou s pojmy pomoc, vzájemnost, solidarita. Pro mě je hlavní, že mě to baví! Myslím, že to mám od kolíčky. Na základce mi říkali Jitka Spravedlivá (smích), cítím se hrozně dobře v kolektivu lidí, kteří to mají podobně. A ten kolektiv pořád převyšuje nad mojí individualitou.

Fungování služby v rámci instituce JÚŠ

Koexistence sociální rehabilitace Asistence a služeb JÚŠ prochází vývojem v souvislosti s Asistencí preferovanou metodou zmocňování klienta²⁹. Asistence vznikla pro studenty Jedličkova ústavu v roce 1996, jako iniciativa zaměřená primárně na zajišťování praxí. *Ted' se odlučujeme, protože docházelo k nevyjasněným kompetencím. Narážely jsme na to, že lidi v*

29 V souvislosti s touto metodou dochází k rozvahám o potřebě důkladného mapování schopností klienta a možným formám podpory ve vztahu k možnosti naplňování jeho cílů, a zvažování pozice pracovníků SR mezi rodinou, školou a klientem.

*Jedli nevěděli úplně, jak tady postupujeme, jaký máme přístup ke klientům, který se trochu liší od jejich.*³⁰

Shrnutí

Jitka je vedoucí sociální služby sociální rehabilitace v organizaci Asistence o.p.s.. V rámci výkonu své profese se věnuje individuální SP, SP s rodinou a komunitní SP. Prvky výkonu jejího zaměstnání odrážejí aspekty zejména reformního (happeningové akce) a společenského (podpora při hledání zaměstnání, bydlení a navazování na využívání dalších sociálních služeb) paradigmatu a přeneseně i terapeutického paradigmatu (dosahování vnitřní harmonizace zmocňováním klienta při formulaci životních přání a podpora jejich naplňování). V jejím pohledu na sociální práci dominují prvky profesionálního typu a filantropického typu se spirituálními přesahy.

4.7. Vyhodnocení

V první části výzkumu jsem vytvořil seznam služeb Jedličkova ústavu a Centra služeb Vyšehrad. Tato instituce poskytuje služby ze všech segmentů koordinované rehabilitace. Její jádro spočívá v poskytování vzdělávacích služeb, přičemž během vzdělávacího procesu při práci s jednotlivcem probíhá koordinovaná mezioborová spolupráce (mezi učitelem, vychovatelem, fyzioterapeutem, ergoterapeutem, případně ještě logopedem, psychologem, lékařem, sociálním pracovníkem, případně i zástupci jiných profesí). Cílem týmu je definovat žákovy potřeby, navrhnout rehabilitační program, realizovat jej a reagovat na změny, přičemž jako informační zdroj tvoří mimo přímý styk s žákem společná dokumentace, která je k dispozici všem členům týmu.

V druhé části praktické části jsem analyzoval rozhovory se čtyřmi sociálními pracovníky³¹ a na základě jejich výpovědí jsem vytvořil jejich profily obsahující popis cílové skupiny a rozsah využívání jiných služeb instituce jejími členy³² jako potenciale pole působnosti spolupráce sociálního pracovníka, popis jejich služby, jejich roli v rámci

30 Plánování podpory klienta v programu SR asistence vychází důsledně z klientem subjektivně vyjádřených potřeb. Při plánování v rámci instituce Jedličkova ústavu dochází k nazírání potřeb žáka více v kontextu rodiny, která může upřednostňovat využívání komplexní péče instituce před podstoupením nejistého procesu odloučení jistot institučního prostředí.

31 V širším slovo smyslu, tedy ne podle podmínek odborné způsobilost zákona o sociálních službách, ale podle charakteru náplně jejich práce ve smyslu podpory v problematických oblastech sociálního fungování klienta

32 Podle šetření z dotazníku

služby, oblasti a nástroje podpory sociálního fungování klienta, využívané možnosti mezioborové, případně oborové spolupráce v rámci instituce, jejich náhled na profesi sociální práce a reflexi fungování jejich služby v rámci instituce.

Identifikoval jsem tyto oblasti podpory sociálního fungování: samostatnost a soběstačnost, problémy v sociálních interakcích, naplňování potřeby bydlení, naplňování potřeby trávení volného času, volba školního zařízení, orientace v systému podpůrných služeb a zvládání administrativních úkonů, fungování rodiny s dítětem s TP.

Nástroje podpory:

I. se pohybují v rámci práce s jednotlivcem (rozhovor, vztah, poradenství, trénink pracovních dovedností), se skupinou (schůzky zúčastněných osob při řešení problematických sociálních interakcí, rozvojové skupiny) a komunitou (happeningové akce na podporu sociálního bydlení, komunitní akce sblížující veřejnost s OTP)

II. Mezioborová spolupráce probíhá zjm. na konzultační úrovni v případech: získávání náhledu na fungování klienta v jiném prostředí, případně pro získání náhledu odborníka jiné profese, pro zvažování potřebnosti a způsobilosti při využívání služby, a při využívání nástrojů jiné odbornosti v průřezu oblasti podpory (nástroje ergoterapie při nácviku soběstačnosti a samostatnosti). Metodicky podloženým nástrojem oborové spolupráce jsou přijímací komise, při kterých sociální pracovníce na základě komplexní anamnézy seznamuje kolegy s uchazečem o službu samostatného bydlení, případně jiných pedagogických služeb u klientů SPC, a diskutuje potřebnost a způsobilost klienta pro využití služby. Případových konzultací sociálních pracovníků a pedagogických pracovníků, případně jiných členů multidisciplinárního týmu je využíváno při přechodu z integrovaného vzdělávání do škol JÚŠ. V rámci poskytování odborného sociálního poradenství dochází k odkazování na služby všech segmentů koordinované rehabilitace.

II. nesou atributy profesionálního typu SP (individuální plánování, case management, sociální poradenství, ...), administrativního typu (vedení kartotéky, pomoc při vyplňování žádostí,...), filantropického typu. Vykonávaná činnost nese prvky terapeutického paradigmatu SP (vztah, vytváření bezpečného prostředí), reformního paradigmatu (happeningové akce, rozostřování postojových bariér), společenského paradigmatu (sociální poradenství, síťování).

Poskytování služeb instituce naplňuje podle získaných informací parametry systému koordinované rehabilitace následovně: Komplexita služeb byla prokázána v první části praktické části popisem služeb *instituce*, která rozsahem svých služeb zabírá oblasti LR, SR,

PR i PD. **Dostupnost** nebyla prokázána. Nebyly použity nástroje zjištění její dostupnosti, nicméně v rámci výzkumu zmíněn fakt, že počet zájemců převyšuje kapacitu služby samostatného bydlení. **Prostupnost** byla prokázána skrze spektrum souběžně využívaných služeb klienty a popisem nástrojů mezioborové spolupráce. Prvky nástrojů prostupnosti jsou metodologizované i nahodilé. **Prvek koordinovanosti** byl prokázán u žáků škol popisem pracovního postupu multidisciplinárního týmu a na úrovni výkonu sociálních pracovníků zjištěním o vytváření neformální sítě poskytovatelů a popisem mezioborové spolupráce. Princip **včasnosti** indikace jednotlivých rehabilitačních prostředků byl prokázán u žáků škol. **Individuálnost** byla prokázána popisem služeb i skrze rozhovory se sociálními pracovníky. Vzhledem k řečenému mohu říci, že byl splněn cíl A), cíl B) byl splněn částečně, výzkumu se účastnily jen čtyři sociální pracovníky, cíl C) byl splněn u zkoumaných subjektů. Hypotézy A), B) C) a E) se ukázaly jako pravdivé. Hypotézu D) nelze potvrdit, jelikož výzkumu se neúčastnila sociální pracovníky příslušného úseku.

Závěr

V této práci jsem se věnoval tématům koordinované rehabilitace, problematice tělesného postižení, sociální práce a jejich vzájemnému vztahu. O sociální práci jsem hovořil jako o instituci podpory sociálního fungování s širokým rozptylem možných oblastí podpory a spektrem poskytovaných nástrojů. Zjištění výzkumné části potvrzují, že oblasti i způsoby podpory jednotlivých pracovníků se liší podle poskytované služby i v jednotlivých náhledech pracovníků na podstatu sociální práce a základu udržování homeostázy mezi klientem a jeho okolím.

Nastínil jsem dva možné pohledy na koordinovanou rehabilitaci. V prvním případě šlo o státem garantované fungování systému propojujícího služby léčebné, sociální, pracovní rehabilitace a pedagogické rehabilitace, částečně jsem nastínil institucionální, personální a legislativní ukotvení jednotlivých segmentů a podle dostupné literatury zmínil důvody komplikovanosti vzniku takového systému. V druhém případě jsem psal o koordinované rehabilitaci jako o síti veřejných, soukromých, tržních³³ i neformálních subjektů, které svou činností kompenzují limity státní garance při vytváření systému KR prvního typu a vytváří komplexní, koordinovanou, prostupnou, dostupnou síť služeb lokálního charakteru. V praktické části jsem se věnoval popisu komplexu služeb Jedličkova ústavu a škol a Centra služeb Vyšehrad, jakožto příkladu systému KR druhého typu, jehož těžiště působení spočívá v poskytování vzdělávacích služeb s přesahem do všech rehabilitačních oblastí. Komplexita služeb byla prokázána v první části praktické části popisem služeb *institute*, které svým rozsahem zabírá oblasti LR, SR, PR i PR. Působení služeb instituce nese prvky metodologizované i nahodilé koordinovanosti a prostupnosti.

Za přínosné zjištění považuji fakt, že u všech sociálních pracovníků dochází k síťování podpůrných subjektů. Mapování existujících služeb a navazování spolupráce s existujícími subjekty (veřejnoprávními i soukromoprávními službami a tržními i neformálními subjekty sociability v duchu welfare mix) a mobilizace tržních subjektů a lokální komunity mohou sloužit jako nástroj vzniku lokální sítě komplexní péče a tím kompenzovat limity státní garance fungování systému koordinované rehabilitace s cílem maximální možné integrace osob s tělesným postižením.

33 Donátoři NNO, zaměstnavatelé OTP, subjekty sociální ekonomiky

Seznam použité literatury

- BOGUSZAK, J., ČAPEK, J., GERLOCH, A. Teorie práva. 2. vyd. Praha: ASPI a.s., 2004. ISBN 80-7357-030-0
- DOHNALOVÁ, Marie a Jaroslav MALINA. Slovník antropologie občanské společnosti. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2006. ISBN 80-7204-443-5.
- DŽAMBASOV, Petr, Jaroslav DOSTÁL, Jaromíra KOTÍKOVÁ a Robert RÜCKER. Screening podmínek pracovní, léčebné, sociální a pedagogické rehabilitace v ČR. Praha: VÚPSV, 2017. ISBN 978-80-7416-305-0.
- JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. Ergoterapie. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.
- KAHOUN, Vilém. Sociální zabezpečení: vybrané kapitoly. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2013. ISBN 978-80-7387-733-0.
- KELLER, Jan. Sociologie byrokracie a organizace. Praha: Sociologické nakladatelství, 1996. Základy sociologie (Doplněk), sv. 1. ISBN 80-85850-15-X.
- KELLER, Jan. Teorie modernizace. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-66-3
- KUZNÍKOVÁ, Iva. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.
- LUX, Martin. Bydlení - věc veřejná: sociální aspekty bydlení v České republice a zemích Evropské unie. Praha: Sociologické nakladatelství, 2002. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-12-1.
- LUX, Martin a Tomáš KOSTELECKÝ, ed. Bytová politika: teorie a inovace pro praxi. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR, 2011. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-068-1.
- MATOUŠEK, Oldřich. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, Oldřich. Metody a řízení sociální práce. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.
- MESSINA, R. Dějiny charitativní činnosti. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2005. ISBN 80-7192-859-3.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF. Přeložil Jan PFEIFFER, přeložil Olga ŠVESTKOVÁ. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1587-2.

MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. Vyd. 2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. ISBN 978-80-7368-951-3.

MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.

MUSIL, Libor, ed. *Vývoj sociálního státu v Evropě: čítanka z historie moderní evropské sociální politiky*. Brno: Doplněk, 1996. Studijní texty (Doplněk). ISBN 80-85765-62-4.

MUSIL, Libor. *Tři pohledy na budoucnost sociální práce*. první. Hradec Králové: Hradec Králové : Gaudeamus, 2010. s. 11-25, 14 s. ISBN 978-80-7435-086-3.

NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, c2001. ISBN 80-903070-0-0.

NOVOSAD, Libor a Marcela NOVOSADOVÁ. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením: uvedení do problematiky*. Liberec: Technická univerzita, 2000. ISBN 80-7083-383-1.

NYKL, Ladislav. *Pozvání do rogersovské psychologie: přístup zaměřený na člověka*. Brno: Barrister & Principal, 2004. Studium (Barrister & Principal). ISBN 80-86598-69-1.

PFEIFFER, Jan. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2014. ISBN 978-80-7394-461-2.

POTŮČEK, Martin. *Sociální politika*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-85850-01-X

RÁKOSNÍK, Jakub a Igor TOMEŠ. *Sociální stát v Československu: právně-institucionální vývoj v letech 1918-1992*. Praha: Auditorium, 2012. ISBN 978-80-87284-30-8.

REGEC, Vojtěch a Kateřina Stejskalová. *Komunikace a lidé se specifickými potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3203-8.

REKTOŘÍK, Jaroslav. *Organizace neziskového sektoru: základy ekonomiky, teorie a řízení*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Ekopress, 2010. ISBN 978-80-86929-54-5.

RICHTEROVÁ, Bohdana. *Teorie a praxe problematiky zaměstnávání osob se zdravotním postižením v České republice*. Vyd. 1. Krnov: Reintegra, 2011, 71 s. ISBN 978-80-254-9526-1.

ROSECKÝ, Daniel a Pavla ORINIAKOVÁ. *Komunitní plánování sociálních služeb*. Plzeň: CpKP ČR, 2003. Dostupné na:

www.cpkp.cz/index.php/.../Komunitní%20plánování%20soc.%20služeb.pdf/stahnout

[cit. 2018-06-05]

SOLAŘOVÁ, Hana. Case management. Benepal a.s., 2013. Dostupné na:

http://www.benepal.cz/files/project_4_file/CASE-MANAGEMENT.PDF [cit. 2018-06-05]

TOMEŠ, Igor. Sociální správa: úvod do teorie a praxe. Vyd. 2.. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-483-0.

TOMEŠ, Igor. Úvod do teorie a metodologie sociální politiky. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-680-3.

TOMEŠ, Igor. Obory sociální politiky. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-868-5.

ÚLEHLA, Ivan. Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 20. ISBN 80-85850-69-9.

VEČEŘA, Miloš. Sociální stát: východiska a přístupy. Praha: Sociologické nakladatelství, 1993. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-901424-6-X.

VEČEŘA, Miloš. Teorie sociálního státu. Brno: Iuridica Brunensia, 1995. Právo a současnost.

ISBN 80-85964-20-1. VOTAVA, Jiří. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením.

Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.

VOTAVA, Jiří. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. Praha: Karolinum, 2003.

ISBN 80-246-0708-5.

Strategie sociálního začleňování 2014-2010. Dostupné na:

https://www.mpsv.cz/files/clanky/17082/strategie_soc_zaclenovani_2014-20.pdf [cit. 2018-06-05]

Periodika:

MUSIL, Libor. In Sociální práce/Sociální práca, Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci. 2/2008. ISSN 1213-6204.

CHYTIL, Oldřich In Sociální práce/Sociální práca, Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci. 4/2007. ISSN: 1213-6204

Legislativní prameny:

Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací

Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 117/1995 Sb., o sociální podpoře.

Zákon č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením
Zákona 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče
Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění
Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta
Vyhláška č. 85/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů
Zákon 435/2004 Sb., o zaměstnanosti
Zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění
Zákon č. 73/2011 Sb., o Úřadu práce České republiky
Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání
Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů
Zákon č. 227/1997 Sb., o nadacích a nadačních fondech
Zákon č. 3/2002 Sb., o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností
Zákon č. 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech
Doporučený postup MPSV č.1/2016, na podporu realizace prostupného systému sociální a pracovní rehabilitace OZP.
Všeobecná deklarace lidských práv a svobod
Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod
Evropská sociální charta
Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech
Návrh zákona o sociálním bydlení, dostupný na:
<http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=7&t=1065>

Internetové zdroje:

<http://www.prispevek-na-peci.cz/>

<http://denik.obce.cz/clanek.asp?id=6724892>

<https://www.mpsv.cz/cs/28419>

<http://www.nrzp.cz/aktualne/informace-predsedy-nrzp-cr/1634-informace-c-100-2016>

teze-koordinovane-rehabilitace.html

<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=7&ct=1065&ct1=0>

<http://nrpzs.uzis.cz/index.php?pg=home>

<http://www.vysokeskoly.cz/katalog-vs/obory/Zdravotne+socialni+pracovnik>

https://portal.mpsv.cz/upcr/kp/ulk/informace_z_useku_up/pracovni_rehabilitace<https://>

www.neziskovky.cz/clanky/511_692/fakta_typy-neziskovych-organizaci/

<http://www.gdrc.org/ngo/wb-ngo-directive.html>

<https://www.mfcr.cz/cs/verejny-sektor/podpora-z-narodnich-zdroju/neziskove-organizace>

<http://www.socialnifirmy.cz/index.php/nakupujte-od-socialnich-firem/co-je-socialni-firma>

<http://www.jus.cz/20-04-2018>

<http://www.jus.cz/koncepce-cinnosti-JUS>

<http://www.asistence.org/zakladni-informace>

Příloha 1 – dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Ivan Kačur a jsem studentem Husitské teologické fakulty, navazujícího magisterského oboru sociální a charitativní práce. V rámci vytváření své diplomové práce se věnuji tématu koordinované rehabilitace osob s tělesným postižením a v tomto dotazníku zjišťuji postavení sociální/ho pracovníce/níka v procesu podpory sociálního fungování osob s tělesným postižením a její/jeho postavení v multidisciplinárním týmu Jedličkova ústavu a spolupracujících organizací Centra služeb Vyšehrad.

Cílem výzkumu je vymezit oblasti působení sociálního pracovníka, vytvořit seznam nástrojů podpory a definovat oblasti mezioborové spolupráce, na nichž participuje sociální pracovníce/ník a specifikovat charakter intervence, kterou vykonává.

V tomto dotazníku mapuji oblast služeb využívaných Vašimi klienty.

1. Část -

Mapuje cílovou skupinu, se kterou pracujete a síť služeb JÚŠ, jichž její členové využívají.

Kdo je uživatelem Vašich služeb (věk, druh ZP)?:

Jakých služeb JÚŠ využívají Vaši klienti?

(zakroužkujte, prosím, vybranou možnost a), b) c), ... i konkrétní možnost vybraných kategorií. Do kolonky *jiné* vypište možnosti, které nejsou obsaženy v připravených kategoriích.

I. V pedagogické oblasti:

a) MŠ, ZŠ, Střední škola (gymnázium, obor sociální činnost, obchodní škola, Praktická škola, Učební obor knihař, šití oděvů, keramická výroba)

b) další vzdělávání

c) služby SPC

d) logopedie

jiné:

II. V oblasti léčebné:

a) lékař (praktický, pediatr, neurolog, rehabilitační lékař,

jiný: _____)

b) ergoterapie

c) fyzioterapie

jiné:

III. V oblasti sociální (dle zákona 108/2006 Sb.):

- a) denní stacionář
 - b) týdenní stacionář
- jiné:

IV. Další služby

- a) tranzitní program
 - b) konzultační pobyty
- jiné:

2. Část – mapuje síť služeb, které využívají Vaši uživatelé v rámci Centra služeb Vyšehrad

Jakých služeb Centra služeb Vyšehrad využívají Vaši klienti (vybrané organizace a služby, prosím, zakroužkujte):

I. Asistence, o.p.s.

- a) Osobní asistence
- b) Sociální rehabilitace (tranzitní program, podporované zaměstnávání)
- c) Podporované zaměstnání
- d) Ergoterapie
- e) Psychologické poradenství

II. Borůvka Praha, o.p.s.

- a) Pracovně- tréninkový program (TA KAVÁRNA, Obchůdek Borůvka)
- b) fyzioterapie
- c) doprava
- d) chráněná dílna švadlenek

III. Sportovní klub Jedličkova ústavu Praha, z.s.

IV. MATURUS, o.p.s.

.

V. Země lidí, o.p.s.

VI. TAP, z.s.

VII. PRO TEBE, z.s.

VIII. Nadace JÚ

