

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA SOCIÁLNÍ PRÁCE

Petra Nitková

VYMEZENÍ PODMÍNEK NUTNÝCH PRO ZAVEDENÍ
VÝKONU FUNKCE KOORDINÁTORA
UCELENÉ REHABILITACE OSOB SE ZDRAVOTNÍM
POSTIŽENÍM NA ÚROVNI KRAJŮ A OBCÍ

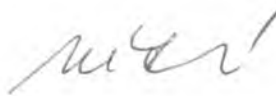
Obor:	Sociální práce
Forma studia:	denní
Akademický rok:	2006/2007
Vedoucí diplomové práce:	Doc. Ing. Dalibor Holda CSc.
Oponent diplomové práce:	JUDr. Štefan Čulík
Datum obhájení:	
Výsledek obhajoby:	

PROHLAŠUJI,

že tuto předloženou diplomovou práci jsem vypracovala zcela samostatně a
cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V *Draze*, dne *10.8.2007*

Podpis:



OBSAH

OBSAH	3
ÚVOD	5
1. UCELENÁ REHABILITACE OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	8
1.1. Zakotvení pojmu ucelené rehabilitace v mezinárodních dokumentech	11
1.2. Zavádění ucelené rehabilitace v ČR po roce 1989	16
1.3. Současný stav provádění ucelené rehabilitace	20
1.3.1. Léčebná rehabilitace	21
1.3.2. Sociální rehabilitace	22
1.3.3. Pedagogická rehabilitace	23
1.3.4. Pracovní rehabilitace	24
1.4. Návrhy řešení dalšího rozvoje rehabilitace	25
1.4.1. Zakotvení právního rámce	26
1.4.2. Institucionální zajištění	27
1.4.3. Rozvoj jednotlivých oblastí	28
2. KOORDINACE JAKO DŮLEŽITÝ PRVEK V POSKYTOVÁNÍ UCELENÉ REHABILITACE	29
2.1. Potřeba koordinace	29
2.2. Zavádění funkce koordinátora ucelené rehabilitace osob se zdravotním postižením	31
2.3. Role koordinátora	33
2.3.1. Koordinátor na úrovni kraje	34
2.3.2. Charakteristika činností koordinátora	35
2.3.3. Koordinátor na úrovni obce	41
2.3.4. Charakteristika činností koordinátora	42
3. PŘEDPOKLADY PRO VÝKON FUNKCE KOORDINÁTORA	48
3.1. Kvalifikační a osobnostní předpoklady	49
3.2. Materiální a technické zabezpečení	52

3.3. Legislativní postavení	53
3.4. Návrhy na profesionální přípravu koordinátorů	54
4. PRAKTICKÁ ČÁST	56
4.1. Zadání výzkumu	56
4.2. Cíl výzkumu	57
4.3. Oslovení respondenti	57
4.4. Metoda sběru dat	60
4.5. Analýza dat	60
4.6. Závěrečné shrnutí	71
Z Á V Ě R	75
L I T E R A T U R A	78
PŘÍLOHA 1 – Činnost center rehabilitace	81
PŘÍLOHA 2 – Seznam center rehabilitace k 31.12.1996	82
PŘÍLOHA 3 – Roviny poradensko – rehabilitační péče	83
PŘÍLOHA 4 – Návrh na jednotnou strukturu pracovníků v sociálních službách	84
PŘÍLOHA 5 – Dotazník	85

ÚVOD

Ucelená rehabilitace je úzce provázaná s osobami se zdravotním postižením. Vstoupila do života společnosti, do mého života v rovině pracovní i osobní. Je předmětem politických aktů a nejvýznamnějším prostředkem integrace těchto osob. Zatímco jiné prostředky staví člověka s postižením do pozice závislého a bezmocného, rehabilitace jej zbavuje zátěží a umožňuje mu rozvinout jeho potenciál. Předmětem rehabilitace je celý člověk a jeho vzájemné vztahy k prostředí. Zahrnuje soubory opatření, která vstupují do nepříznivé životní situace člověka, svými prostředky a nástroji se snaží zmobilizovat potenciál této osoby, pozitivně ovlivnit jeho kvalitu života a zároveň tím tak přispět k integraci do společnosti.

Když mluvíme o tomto pojetí rehabilitace, je třeba zdůraznit také její znaky, bez kterých by se nemohla realizovat. Mezi nejdůležitější lze zařadit koordinaci, dále provázanost, cílenost, návaznost.

Koordinace ucelené rehabilitace je v našich současných podmínkách, vzhledem k rozdělení do více resortů, problematická. I přes několikaleté snahy o legislativní úpravu a zakotvení se doposud toto úsilí nepodařilo zrealizovat. Česká republika přijala na základě některých dokumentů opatření, která mají za cíl podporu a rozvoj této oblasti. Vznik funkce koordinátora ucelené rehabilitace je jedním z nich.

Tato diplomová práce se snaží o uchopení tématu ucelené rehabilitace v souvislosti s mezinárodními dokumenty, s vývojem v našich podmínkách, popisuje jednotlivé oblasti ucelené rehabilitace. Hlavním záměrem je přitom uvést návrhy na řešení současného stavu jejího provádění, které by podpořily další rozvoj. Jedním z těchto návrhů je funkce koordinátora ucelené rehabilitace, který by jak na místní (obecní), tak i na regionální (krajské) úrovni podporoval koordinaci provádění jednotlivých oblastí rehabilitace. Posláním této funkce je vytvořit a dále podporovat spolupráci mezi všemi subjekty působícími v oblasti rehabilitace osob se zdravotním postižením, tzn. i s úřady, a to tak, aby byl osobě se zdravotním postižením nabídnut takový „servis šitý na míru“, který by jí pomohl z nepříznivé životní situací.

Funkce koordinátora je zaváděna na základě rozhodnutí Ministerstva práce a sociálních věcí, tedy jednostranným aktem směrem k úřadům. Proto je cílem této práce zjistit a následně vymezit podmínky, za kterých bude zřízení této funkce pro obecní a krajské úřady jednodušší a koordinátor se tak bude moci lépe včlenit do struktury úřadu. Domnívám se, že tato snaha je jak pro koordinátora samotného, tak i pro zástupce úřadu přínosná, neboť na obou stranách budou eliminovány komplikace hned na počátku.

Diplomová práce je strukturovaná do třech teoretických a jedné praktické kapitoly.

První kapitola je věnována obecnému seznámení s ucelenou rehabilitací. Vysvětluji zde základní pojmy a oblasti a stručně nastiňuji historii postupného přijímání tohoto procesu jako důležité součásti problematiky osob se zdravotním postižením, a to jak v zahraničí, tak i u nás.

V druhé kapitole rozebírám již vlastní koordinaci a její celkový význam pro systém rehabilitace. Pro zajištění koordinace se za současných podmínek jeví jako nejvhodnější zavést funkci koordinátora. Koordinátor bude zřízen na místní a regionální úrovni. V této kapitole dále popisuji jeho roli a charakteristiky činností, které bude v rámci své působnosti vykonávat.

Závěrečná teoretická kapitola je věnována kvalifikačním a osobnostním požadavkům na pracovníka, který bude funkci koordinátora vykonávat. Jsou zde také zmiňovány požadavky na materiální a technické zabezpečení, které tvoří základ pro samotnou práci. A nakonec se věnuji legislativnímu postavení koordinátora v současném systému.

V praktické části textu v prvních kapitolách informuji o připravovaném projektu ***Koordinace poskytování ucelené rehabilitace osobám se zdravotním postižením na úrovni krajů a obcí***, jehož podstatnou součástí bude již zmiňovaný koordinátor ucelené rehabilitace. Vyhodnocuji první reakce na záměr a zájem se aktivně projektu účastnit. Analyzuji zde jednotlivé odpovědi z dotazníků, které byly rozeslány na všechny krajské a obecní úřady obcí s rozšířenou působností s cílem zjistit a posléze vymezit podmínky nutné pro zřízení této funkce.

Výstupy z praktické části mají podstatný význam pro praxi, neboť poslouží pro reálné řešení připravovaného projektu.

Téma této práce je mi blízké, neboť jsem se problematikou začleňování osob s postižení zabývala již v minulosti. Moje zkušenosti z přímé práce teď využívám na přípravách zřizování této zcela nové funkce.

Některá témata bylo obtížné zpracovat, neboť jak už jsem uvedla, v České republice neexistuje právní zakotvení ucelené rehabilitace a nejsou k dispozici ani statistické údaje o průběhu jednotlivých oblastí rehabilitace. Z tohoto důvodu tady není jakýsi základ, na který bych mohla navázat, popř. ho zhodnotit. Uvedené názory a popisy činností koordinátora jsou především mojí samostatnou prací. Opírám se při tom o názory a materiály, které jsem měla zapůjčené a které nejsou, bohužel, nikde veřejně publikovány.

Funkce koordinátora je nově zřizovaná a jen praxe, vlastní zkušenosti, postřehy a připomínky koordinátorů pomohou přesně vymezit činnosti a aktivity potřebné ke koordinaci a rozvoji celé problematiky ucelené rehabilitace.

Při zpracování problematiky jsem vycházela z dostupné odborné literatury, článků a výzkumných prací, které se k tématu vztahují. Zároveň pro mě byly cennými informacemi vnitřní materiály Ministerstva práce a sociálních věcí, rozhovory s pracovníky ministerstva a názory prezentované na pracovních jednáních, seminářích a konferencích.

Za cenné podněty, připomínky, čas, podporu a pomoc děkuji Daliboru Holdovi, Pavle Kodymové, Štefanu Čulíkovi, Josefu Odehnalovi, Lucii Hronové a Martině Pemlové.

1. UCELENÁ REHABILITACE OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Ucelená rehabilitace vyjadřuje současné pojetí rehabilitace, která není již chápána jen jako výhradně zdravotnická aktivita ve smyslu fyzioterapie, ale jako interdisciplinární obor.

Samotný pojem je překladem anglického termínu **comprehensive rehabilitation**. O ucelené rehabilitaci mluvíme tehdy, jestliže důsledky zdravotního postižení nebo nemoci nemohou být řešeny jen zdravotnickými prostředky a zdravotní stav je trvalý či dlouhodobý, tedy není možné léčbou postižení či nemoc plně odstranit (Votava, 2005).

Rehabilitace je podle definice Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) z roku 1969: „*včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků.*“ (Votava, 2005)

Z této definice rehabilitace vyplývá, že by již sama o sobě měla být brána jako ucelená, tj. měla by zahrnovat oblast léčebnou, sociální, pedagogickou a pracovní. Protože se však rehabilitace často chápe především jako součást léčebného programu, vyjadřujeme označením ucelená právě to, že rehabilitace zasahuje i do výše zmíněných oblastí.

„*Smyslem a cílem ucelené rehabilitace je návrat ke zdraví a pokud možno co nejúplnější začlenění osoby se zdravotním postižením (dále jen osob se ZP) do aktivního života majícího očekávanou kvalitu*“ (Jankovský, 2001). V tomto duchu spíše mluvíme o rehabilitaci dlouhodobé. Krátkodobá (či přechodná) má za cíl spíše návrat ke stavu zdraví a upevnění celkové kondice, případně navazuje na léčení méně závažného onemocnění (Janovský, 2001).

Dalším významným cílem rehabilitace, stanoveným deklarací Organizací spojených národů (dále jen OSN) z roku 1993, je **vyrovnání příležitostí osob se ZP s osobami nepostiženými**, tj. v oblasti vzdělávání, bydlení, pracovních příležitostí, rekreace, komunikace aj.

Ucelená rehabilitace je vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, jehož základní náplní je co nejvíce minimalizovat přímé i nepřímé

důsledky trvalého nebo dlouhodobého zdravotního postižení jedince. Týká se nejen lidí, kteří původně žili a vyvíjeli se jako zdraví jedinci a teprve v důsledku onemocnění či úrazu byli vyřazeni ze svých každodenních aktivit, ale i těch, kteří se s postižením již narodili.

Aby byla rehabilitace ucelená, musí se skládat z několika (nejméně dvou) oblastí, jejichž provádění musí být vzájemně propojeno a koordinováno (Votava, 2005). Podle zaměření při plnění úkolů, ale také podle jednotlivých institucí a prostředků, které jsou při ní aplikovány, se ucelená rehabilitace tedy člení do čtyř základních oblastí, a to léčebné, sociální, pedagogické a pracovní. Novosad (2000) do ucelené rehabilitace ještě zahrnuje oblast psychologickou a volnočasovou. Protože se však ale ve všech materiálech, které jsem pro tuto práci použila, objevují jen první čtyři zmíněné oblasti, rozebírám jen je.

Léčebná rehabilitace je obvykle první etapou tohoto procesu a je nedílnou součástí zdravotní péče. Zahrnuje „*soubor rehabilitačních, diagnostických, terapeutických a organizačních opatření směřujících k maximální funkční zdatnosti jedince a vytvoření podmínek pro její dosažení.*“ (Práce a sociální politika, 2004) Její součástí jsou fyzioterapie, ergoterapie, psychologie, logopedie a také zajišťování prostředků zdravotnické techniky.

Je zaměřena jednak na odstranění postižení a funkčních poruch a dále na eliminaci následků zdravotního postižení.

Jesenský (1995) uvádí rozdělení léčebné rehabilitace podle J. Pfeiffera a J. Votavy na **vertikální**, která vede k obnovení původního stavu organismu a **horizontální**, která je dlouhodobá a řeší problematiku poškození majících závažný a chronický charakter.

Léčebná rehabilitace je zajišťována v rámci ambulantní (včetně stacionární) a lůžkové péče (nemocnice, odborné léčebné ústavy, lázeňská zařízení). Měla by být zahajována co nejdříve, tzn. již v období poskytování akutní zdravotní péče.

Sociální rehabilitace „*je souborem specifických činností zaměřených na nácvik potřebných dovedností směřujících k samostatnosti a soběstačnosti osob se ZP.*“ (Zákon o sociálních službách, 2006) Vychází přitom z poznatků o osobnosti. Usiluje o rozvoj schopností postiženého, o prevenci vzniku i

odstranění handicapů v jeho společenském začlenění. Vytváří předpoklady pro samostatnost, nezávislost, integraci a pracovní uplatnění osoby se ZP.

Úkolem je, aby byl člověk s postižením schopen své postižení přijmout a v maximální možné míře se integroval do společnosti. Tímto přístupem se podle Jankovského (2001) „zachová optimální kvalita života, což povede k jeho životní spokojenosti.“

Sociální rehabilitace řeší problémy, které platí jednak obecně pro všechny skupiny lidí se ZP a zároveň také specifické problémy podle druhu a stupně postižení. Při tom uplatňuje dle metody (Jankovský, 2001):

- reedukace (rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností)
- kompenzace (náhrada postižené funkce jinou nepoškozenou)
- akceptace (přijetí života s postižením)

K provádění těchto metod dochází nejvíce v neziskových organizacích, dále pak v zařízeních sociální péče, ve zdravotnických zařízeních.

Součástí sociální rehabilitace je jistě také vytváření ekonomických a dalších materiálních podmínek pro samostatný život.

Pedagogická rehabilitace je „souhrnem specifických pedagogických činností změřených k rozvoji osobnosti a podpoře vzdělávání osob se ZP a k prevenci vzniku a odstraňování negativních důsledků nepříznivého zdravotního stavu v procesu vzdělávání.“(Práce a sociální politika, 2004)

Základním úkolem je zajistit osobě se ZP ucelené vzdělání a přiměřenou profesní přípravu. Toto je dlouhodobý úkol vyžadující stálou spolupráci učitelů s lékaři, rehabilitačními pracovníky a i s rodiči. V průběhu vyučování je nutné rozvíjet a zlepšovat i takové činnosti a funkce, které nejsou nezbytné nebo přímo využitelné pro výuku, ale slouží pro celkový rozvoj jedince. I když je výchova permanentní celoživotní proces a vzdělávání je nutno chápat jako otevřený systém, přesto je pedagogická rehabilitace nejvýznamnější právě v období dětství a dospívání (Jankovský, 2001).

Lze rozlišovat působení pedagogické rehabilitace, a to jak u osob, jejichž postižení vzniklo během života, tak u osob, které se s postižením narodili. V obou případech podle Jankovského (2001) „pedagogická rehabilitace znamená záměrné působení pedagogicko psychologickými prostředky ve smyslu reedukace, tj. úsilí o obnovení normálního stavu.“

Pracovní rehabilitace navazuje na výsledky léčebné, sociální a pedagogické rehabilitace. Jedná se o „*soubor specifických opatření státní politiky zaměstnanosti zaměřených vůči osobám se ZP s cílem umožnit těmto osobám získat nebo zachovat si vhodné zaměstnání.*“ (Práce a sociální politika, 2004)

Jde o proces, který v sobě zahrnuje soustavnou péči věnovanou osobám se ZP, a to tak, aby se mohli uplatnit v pracovní činnosti (na trhu práce). Usiluje o rozvoj specifických vědomostí, schopností, dovedností a návyků potřebných pro výkon profese (Jesenský, 1987).

Naléhavost pracovní integrace je dána tím, že práce patří mezi základní potřeby člověka (potřeba aktivity).

Pracovní rehabilitace využívá dle individuálních možností osoby se ZP různé formy práce, např. rekvalifikace, příprava k práci apod.

1.1. Zakotvení pojmu ucelená rehabilitace v mezinárodních dokumentech

Práva osob se ZP se stala zejména od 80.let předmětem velké pozornosti významných mezinárodních organizací, které přijaly řadu důležitých dokumentů. Vycházely při tom z již schválených mezinárodních smluv, jako např. z **Všeobecné deklarace lidských práv** (1948) a z řady mezinárodních úmluv Mezinárodní organizace práce, např. **Mezinárodní úmluvy o občanských a politických právech, Úmluvy o pracovní rehabilitaci a zaměstnávání invalidů**, nebo **Úmluvy o právech dítěte**.

Na základě zkušeností z realizace uvedených dokumentů Komise pro sociální rozvoj Hospodářské a sociální rady OSN zpracovala v úzké spolupráci se specializovanými agenturami, nevládními organizacemi zejména zdravotně postižených osob **Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro zdravotně postižené děti, mládež a dospělé osoby** (dále jen Standardní pravidla), která byla schválena Valným shromážděním OSN v roce 1993. Naplňování Standardních pravidel je monitorováno a výsledky jsou projednávány na pravidelných zasedáních.

Standardní pravidla definují rehabilitaci následovně: „rehabilitace je proces, jehož cílem je umožnit osobám se zdravotním postižením, 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.“¹ Význam Standardních pravidel je ve zcela novém přístupu řešení problémů osob se ZP, který znamená nikoliv jen jejich adaptaci na životní situaci, ale především **aktivní integraci do společnosti**. Současně jsou silným morálním apelem na jednotlivé státy k přijetí opatření pro vyrovnávání příležitostí osob se ZP a poskytují jednotlivým státům návody, jak postupovat v řešení problémů osob se ZP s cílem vytvořit předpoklady pro jejich rovnoprávné začlenění.

Standardní pravidla byla základem pro vytvoření **Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením** (dále jen Úmluva), která byla přijata Valným shromážděním OSN v roce 2006. Úmluva je založena na principu rovnoprávnosti, zaručuje osobám se ZP plné uplatnění všech lidských práv a podporuje jejich aktivní zapojení do života. Článek 26 je věnován otázce habilitace² a rehabilitace osob se ZP. Státy, které jsou smluvními stranami této Úmluvy, organizují, posilují a rozšiřují komplexní habilitační a rehabilitační služby a programy, především v oblasti zdravotní péče, zaměstnanosti, vzdělávání a sociálních služeb (Národní rada zdravotně postižených, www.nrzp.cz). Česká republika se svým podpisem přidala ke státům, které Úmluvu přijaly a v současné době probíhají práce směřující k její ratifikaci.

Velkou pozornost problémům osob se ZP věnovala také WHO, která v roce 1980 vydala příručku vztahující se k následkům nemocí **International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps**, která byla přeložena do češtiny pod názvem **Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů** (Aplikace individuálních přístupů v péči o zdravotně postižené, 1996). V tomto dokumentu je rehabilitace definována jako „obnova

¹ Standardní pravidla vydalo v roce 1997 Sdružení zdravotně postižených v ČR

² Z latinského *habilitas* (nebo *habilis*), což znamená schopnost (nebo schopný); habilitace zahrnuje rozvíjení a posilování schopností, které jedinec ještě nemá (rehabilitace znamená obnovení schopností, které konkrétní osoba již má)

optimálního, nezávislého a plnohodnotného tělesného a duševního života osob po úrazu či nemoci nebo zmírnění jejich trvalých následků pro život a práci člověka.“ Zde byla také poprvé vyjádřena skutečnost, že stejná diagnóza může mít pro různé osoby zcela odlišné následky.

Nový přístup k řešení problémů osob se ZP se promítl i do politiky Evropského společenství. Byla schválena řada významných dokumentů, které jednak přispívají ke koordinaci systémů sociální ochrany jednotlivce (např. **Evropská úmluva o sociálním zabezpečení, Evropská sociální charta**), nebo které stanovují minimální standardy sociální ochrany (např. **Evropský zákoník sociálního zabezpečení a Protokol** k němu).

Evropská sociální charta Rady Evropy (1961, dále jen Charta) se odlišuje od ostatních mezinárodních dokumentů v tom, že vedle práva na sociální zabezpečení obsahuje také právo na sociální pomoc a využití služeb sociální péče (sociální pomoci). Vychází při tom z principu, že všechny osoby, které jsou na těchto službách závislé, mají právo na sociální zabezpečení a každý, kdo nemá dostatečné prostředky, má právo na sociální a zdravotní pomoc. Charta přispívá k ochraně základních sociálních a hospodářských práv občanů smluvních států, neboť má reciproční charakter. Jejím cílem je zajistit příslušníkům ostatních smluvních stran (ČR je také součástí) stejnou ochranu jako vlastním státním příslušníkům.

Mezi základní závazky smluvních stran zejména patří:

- poskytovat a podporovat vhodné poradenství pro volbu povolání, odborný výcvik a rehabilitaci
- poskytovat nebo podporovat podle potřeby služby, které pomohou všem osobám včetně zdravotně postižených řešit problémy související s volbou povolání a odborným postupem, s náležitým přihlédnutím k jejich osobním schopnostem a možnostem na trhu práce
- poskytovat nebo podporovat podle potřeby technickou a odbornou přípravu všech osob, včetně osob zdravotně postižených a poskytovat prostředky, které umožní přístup k vyššímu technickému a vysokoškolskému vzdělání výhradně podle schopnosti jednotlivce

- o zajistit účinný výkon práv tělesně nebo duševně postižených osob na odbornou přípravu k výkonu povolání, rehabilitaci a na profesní a sociální re-adaptaci

Na tento dokument navazuje **Revidovaná sociální charta Rady Evropy** (1996), která jako zcela nezávislý a samostatný dokument obsahuje všechna práva obsažená v původní Chartě (některá v původním znění, některá v pozmeněném a doplněném znění) a vedle toho obsahuje i práva nová. Mezi nová ustanovení patří např. právo na nezávislý život (čl. 15, odst.3), kde se ochrana poskytovaná doposud v oblasti profesní rehabilitace rozšiřuje i o nezávislý život a sociální integraci. Na základě tohoto článku musí státy rozvinout mnohosektorovou politiku pro osoby se ZP, která realizuje práva těchto osob na ochranu prostřednictvím prostředků rehabilitace, tj. vedle zdravotní péče také poradenství, vzdělávání a profesní přípravy místo zajišťování institucionalizované speciální péče. Toto opatření zavazuje státy k přijímání pozitivních opatření ve vztahu k osobám se ZP.

V roce 2000 souhlasily obě komory Parlamentu ČR s ratifikací **Evropského zákoníku sociálního zabezpečení** z roku 1964 (dále jen Zákoník). Cílem Zákoníku je, aby smluvní strany zachovávaly vůči stanoveným skupinám osob takovou ochranu, která odpovídá standardům ochrany v jednotlivých oblastech sociálního zabezpečení stanovených tímto Zákoníkem. Tento dokument také zdůrazňuje nutnost spolupráce vládních orgánů pověřených správou léčebné péče s obecnými službami pracovní rehabilitace tak, aby osoby se ZP mohly vykonávat vhodnou práci. Zákoník je nejvýznamnějším dokumentem Rady Evropy v oblasti stanovování standardů v této oblasti.

Současně se Zákoníkem vznikl **Protokol k Evropskému zákoníku sociálního zabezpečení**, který modifikuje obsah jednotlivých částí Zákoníku a stanoví pro různé sociální události vyšší standardy sociálního zabezpečení než Zákoník. Protokol byl Českou republikou také podepsán.

Vedle těchto dokumentů existuje ještě **Revidovaný Evropský zákoník**, který byl otevřen k podpisu 6. listopadu 1990 s cílem zlepšení standardů v této oblasti. Kromě jiného se v něm státům ukládá zajistit prostředky funkční a

profesní rehabilitace tak, aby se osoby se zdravotním postižením mohly zapojit do své původní profese a jestliže to není možné, umožnit jim jinou výdělečnou aktivitu odpovídající jejich možnostem a schopnostem.

Vedle výše zmíněných mezinárodních dokumentů, které se týkají problematiky osob se ZP a jsou založené na respektování a dodržování jejich lidských práv, jsou dalším důležitým právním nástrojem v této oblasti doporučení různých orgánů Rady Evropy. Doporučení jsou prostředkem, pomocí nichž je prosazována strategie rovnoprávného uplatnění osob se ZP do vnitrostátních politik jednotlivých států.

Mezi nejvýznamnější doporučení lze uvést :

- Doporučení o zaměstnávání osob s postižením (1986)
- Doporučení *Všestranná politika pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením* (1992)
- Doporučení o rehabilitační politice pro osoby s postižením (1992) ve kterém je jednou z priorit

založení sítě místních a regionálních rehabilitačních a sociálních služeb

Nový přístup Evropského společenství je založen na principech, které by měly být respektovány při schvalování politiky jednotlivých členských států pro osoby se ZP. Mezi nejdůležitější principy patří:

- respektování důstojnosti, nezávislosti a soukromí zdravotně postižených, tj. podpora koncepce samostatného života,
- přizpůsobení vzdělávacího a školicího systému zdravotně postiženým, přijetí aktivnějších opatření v oblasti zaměstnanosti, která by podporovala přístup těchto osob k otevřenému a podporovanému zaměstnání,
- zavedení nové koncepce sociální podpory, která by vedla k jejich aktivní účasti na rehabilitaci, co nejbližší jejich bydlišti (Community Based Rehabilitation),
- zavedení individuálního přístupu v poskytování sociálních služeb a preferování jejich poskytování v rámci běžného života; zajistit koordinaci jejich poskytování,

- o zapojení nevládních organizací do procesu řešení konkrétních problémů osob se ZP, a to na všech úrovních,
- o odstraňování bariér (architektonických, komunikačních a dopravních), které brání osobám se ZP účastnit se života společnosti,
- o rozvíjení povědomí a šíření informací o prevenci před vznikem zdravotního postižení a po jeho vzniku o právu těchto osob na účast na životě společnosti včetně povinnosti vyplývající z této účasti.

V roce 1999 schválila Komise Rady řadu **protidiskriminačních opatření** (např. Akční program pro potírání diskriminace), **navrhla rok 2003 Evropským rokem zdravotně postižených** a navrhla organizovat každoroční **Evropský den zdravotně postižených** (3.12)

Praxe jednotlivých států v oblasti právní úpravy rehabilitace je různá a závisí na jejich tradicích, na tom, jaký byl jejich dosavadní vývoj v sociální oblasti, na vyspělosti jejich ekonomik atp. Některé státy, jako např. Belgie, Dánsko, Nizozemsko, Rakousko nemají komplexní zákonnou právní úpravu rehabilitace, ale právní úpravu vztahů vznikajících v této oblasti mají obsaženu v jednotlivých zákonech. Na rozdíl od nich jsou však státy jako např. Německo, Francie, Velká Británie, Švédsko, USA a v současné době již i Polsko, Maďarsko a Rusko, které upravují rehabilitaci samostatným zákonem.

1.2. Zavádění ucelené rehabilitace v ČR po roce 1989

Rehabilitace má v České republice dlouholetou tradici. Teprve po roce 1989 se však začíná budovat rehabilitace v moderním smyslu a razí se pojem "celkové nebo ucelené rehabilitace."

Nový přístup k řešení problémů osob se ZP se v oblasti právní zpočátku promítl pouze do dokumentů, které nebyly obecně závaznými právními předpisy.

Většinou se jednalo o dokumenty schválené vládou, jako např. (Střednědobá koncepce, 2004):

- **Národní plán pomoci občanům se zdravotním postižením** (1992)
- **Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení** (1993)
- **Národní plán vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením** (1998)
- **Národní plán zaměstnanosti** (1999)

Pro další práci s těmito dokumenty používám zkrácenou formulaci Národní plán a rok, kdy byl vypracován.

Tyto dokumenty přispěly ke zlepšení postavení osob se ZP ve společnosti a mj. měly i vliv na proces zavádění ucelené rehabilitace v našich podmínkách.

Národní plán z roku 1993 byl vládou schválen na základě iniciativy Vládního výboru pro zdravotně postižené občany (dále jen VVZPO) a byl vypracován v souladu se Standardními pravidly. V dokumentu byly stanoveny úkoly jednotlivým resortům k dosažení zásadního zlepšení situace zdravotně postižených občanů, zejména při odstraňování architektonických, orientačních, komunikačních a psychologických bariér. Zároveň dokument uložil Ministerstvu zdravotnictví ČR (dále jen MZ) realizovat program léčebné rehabilitace v rámci Center léčebné rehabilitace³. Ministerstvu práce a sociálních věcí ČR (dále jen MPSV) společně s Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR (dále jen MŠMT), MZ a zdravotními pojišťovnami uložil zajistit síť rehabilitačně rekvalifikačních výcvikových středisek pro občany se změněnou pracovní schopností, za spoluúčasti existujících středisek praktického vyučování, center léčebné rehabilitace, zácvikových a chráněných dílen a chráněných pracovišť.

Vláda ČR, na základě přihlášení ke Standardním pravidlům, schválila v roce 1998 Národní plán, který se mj. zaměřoval na zajištění efektivnosti a koordinace provádění ucelené rehabilitace a na návaznost jejích jednotlivých oblastí. To znamená, že se soustřeďoval na zajištění aktivní ucelené

³ Tato centra začala vznikat na základě Národního plánu z roku 1993.

rehabilitace osobě bezprostředně od vzniku jejího zdravotního postižení, a to bez ohledu na to, zda vzniklo nemocí, úrazem, vrozenou či vývojovou vadou. Na základě tohoto materiálu bylo mj. navrženo jako řešení zavést ucelenou rehabilitaci.

Ještě přesnější vyjádření tohoto úkolu obsahují Národní plán z roku 1999 a **Národní akční plány zaměstnanosti** pro roky 2000 až 2002, kde bylo konkrétně MPSV uloženo připravit návrh věcného záměru zákona o ucelené rehabilitaci.

Za spolupráce MPSV⁴, MZ, MŠMT, VVZPO a Národní rady osob se zdravotním postižením v ČR (dále jen NRZP) byly vypracovány **Teze ucelené rehabilitace osob se zdravotním postižením** (dále jen Teze). Cílem bylo na základě analýzy situace osob se ZP upozornit na nedostatky v oblasti rehabilitace. Materiál informoval o problémech spjatých s ucelenou rehabilitací osob se ZP, upozorňoval na rozsah problematiky a navrhoval i jednotlivá opatření. Závěrem provedené analýzy bylo zjištění, že platné právní předpisy nevytvářejí dostatečný prostor a podmínky pro vzájemnou a potřebnou provázanost jednotlivých oblastí rehabilitace.

Teze byly vládou ČR v roce 2003 přijaty a zároveň bylo uloženo resortům (MPSV, MZ, MŠMT) promítnout tyto Teze do návrhů příslušných právních předpisů.

V roce 2004 schválila vláda **Střednědobou koncepci státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením** (dále jen Střednědobá koncepce) a uložila členům vlády, aby ve své legislativní, řídicí, metodické a organizační činnosti, dotýkající se potřeb osob se ZP, vycházeli z této koncepce a realizovali jednotlivá koncepční opatření (NPPI, 2005). Vláda současně rozhodla, že do první poloviny roku 2005 má být vypracován a předložen nový **Národní plán pro podporu a integraci občanů se zdravotním postižením na období 2006 – 2009** (dále jen NPPI), který má vycházet z cílů a úkolů Střednědobé koncepce.

VVZPO tento NPPI vypracoval a jednotlivým resortům stanovil úkoly, jejichž plnění bude každoročně monitorováno. Závěrečná zpráva o plnění bude

⁴ Na základě jednání mezi MPSV a MZ (v roce 1999) byla ustavena meziresortní pracovní skupina, jejímž úkolem bylo navrhnout koncepci systému ucelené rehabilitace.

předkládána vládě. Ucelená rehabilitace je v tomto dokumentu začleněna především mezi úkoly MPSV. Zároveň jsou však úkoly přiděleny i resortům MZ a MŠMT, neboť i jejich působnost zasahuje do problematiky. Nejdůležitějším se v této oblasti jeví navrhnout právní úpravu zakotvující rehabilitaci osob se ZP, stanovit orgán (instituci) zabezpečující koordinaci provádění, sledovat účinnost poskytnuté rehabilitační péče a rozvíjet její jednotlivé oblasti.

MZ se začalo problematikou ucelené rehabilitace ve vztahu ke zdravotně postiženým občanům samostatně také zabývat. V roce 1997 vydalo příručku „**Činnost center rehabilitace**“, která shrnuje odborné názory na rehabilitaci, popisuje provoz rehabilitačních center, specifikuje materiální, technické a personální požadavky na vybavení takovýchto center (příloha č.1). Příručka měla jako metodický materiál napomoci rozvoji rehabilitační činnosti.

V průběhu roku 1997 byla MZ a MPSV zmapována činnost jak center specializovaných na léčebnou nebo ucelenou rehabilitaci, tak i na rekvalifikaci. Cílem bylo zhodnotit současný stav, funkční a personální vybavení center a navrhnout krátkodobá a dlouhodobá opatření k zajištění jejich dalších činností a možné úpravy příslušných právních norem. Byla hodnocena centra (viz příloha č.2), která k 31.12.1996 provozovala rehabilitační nebo rekvalifikační činnost.

Většina center léčebné rehabilitace vznikla na bázi dřívějších rehabilitačních oddělení. Odborné zaměření rehabilitačních center však nebylo jednotné. Určitou překážkou byla podle Pfeiffera i skutečnost, „že ani odborná lékařská společnost J.E. Purkyně – Společnost rehabilitace a fyzikální medicíny neměla na problematiku rehabilitace, jejího dalšího vývoje a případného oddělení fyziatrie od ucelené rehabilitace jednotný názor.“ (Aplikace individuálních přístupů v péči o zdravotně postižené, 1996). V roce 1998 byla při Společnosti rehabilitace a fyzikální medicíny ustanovena pracovní skupina „*Sekce pro rozvoj ucelené rehabilitace*“, jejíž snahou bylo prosazovat moderní pojetí rehabilitace.

Stanovený cíl vytvořit veškeré podmínky pro proces ucelené rehabilitace nemohl být splněn, neboť zakládání center předběhlo právní úpravy. Pojmy „ucelená rehabilitace“ a „centra ucelené rehabilitace“ nebyly zakotveny v žádném právním předpisu.

Na základě tohoto nedostatku vznikla celá řada těžko řešitelných problémů:

- nebyla stanovena povinnost ošetřujícího lékaře pacienta, který ukončil léčebnou rehabilitaci a je osobou s postižením, zařadit ho do dalšího procesu rehabilitace
- nebylo vyřešeno financování činnosti center (zdravotní pojišťovny hradí pouze úkony léčebné rehabilitace)
- centra svým počtem nejsou dostupná pro všechny, nepokrývají území celé republiky, tzn. spolupráce s dalšími zařízeními, úřady apod. je pouze v určitých regionech
- ne všechna zařízení jsou schopna ucelenou rehabilitaci provádět (chybí jim jak personální tak technické vybavení)

Vývoj zavádění ucelené rehabilitace v našich podmínkách je významně ovlivněn mezinárodními dokumenty, ke kterým se ČR přihlásila. Vlivem vstupu do Evropské unie bylo nezbytné promítnout doporučení EU a Rady Evropy do našeho právního řádu a dále bylo nutné zpracovat pojmy a instituty potřebné k zajištění fungování ucelené rehabilitace (jako např. léčebná a sociální rehabilitace, rehabilitační centrum, multidisciplinární tým atd.). Trend moderního pojetí a legislativních zakotvení se k nám pomalu dostává a díky přijetí některých významných mezinárodních dokumentů musí ČR v této oblasti také činit potřebné kroky.

1.3. Současný stav provádění ucelené rehabilitace

Zatímco se ve světě rehabilitace rozvíjela jako ucelený a na sebe navazující systém, u nás se problematika rehabilitace řeší nedokonale, a to z důvodu, že je rozdělena mezi kompetence několika resortů, nejvíce však mezi MPSV, MZ a MŠMT.

Jednotný systém poskytování ucelené rehabilitace osobám se ZP právní předpisy ČR stále neupravují. Existují však právní úpravy jednotlivých oblastí.

Ačkoliv se činnosti spadající do rehabilitace osob se ZP provádějí fakticky ve všech jejích oblastech (léčebná, sociální, pedagogická a pracovní), nenalezneme v právních předpisech pro jejich komplexní poskytování dostatečnou oporu.

Centra ucelené rehabilitace se podle původního záměru dál nerozvíjí. Naopak vznikla specializovaná centra jako například **Dětské centrum Arpida**⁵ (v českých Budějovicích) nebo **Středisko ucelené rehabilitace při dětské mozkové obrně** (Praha), **(re)habilis**⁶ (Hradec Králové) a další, která se ucelenou rehabilitací zabývají.

V minulosti byl u nás zaveden zcela chybný systém rehabilitace a změnit jej je poměrně náročné. Rehabilitace byla (a často je i ještě dnes) chápána jako fyziatrie a nikoliv jako proces zasahující do života jedince v mnoha jeho rovinách. S osobou se ZP se minimálně jedná o jeho možnostech dalšího pracovního uplatnění, o jeho aktivním zapojení do běžného života. Pouhé poskytnutí invalidního důchodu tak, jak je tomu u nás, se v jiných zemích považuje za neúspěch rehabilitace. Finanční podpory a sociální dávky se (např. v Německu) poskytují, ale až po vyčerpání všech možností rehabilitace. Navíc se poskytují individuálně a nikoliv plošně jako u nás.

1.3.1. Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace se považuje za doménu medicíny. Je součástí zdravotní péče a často je její zaměření vymezeno pouze na fyziatrii. Bližší podmínky poskytování léčebné rehabilitace upravují právní předpisy vydané v působnosti resortu MZ, avšak jednotné zakotvení pojmu v právních předpisech stále chybí (stejně tak povinnost ošetřujícího lékaře informovat osoby se ZP o dalších možnostech rehabilitace). Léčebná rehabilitace je poskytována na různé úrovni (chybí jednotný přístup, zpracování metodik a interních předpisů zajišťujících podmínky provádění), jednotlivé postupy na sebe nenavazují

⁵ DC Arpida je modelovým zařízením v ČR, které poskytuje komplexní rehabilitační péči dětem i mládeži s tělesným a kombinovaným postižením

⁶ Centrum pro ucelenou rehabilitaci dítěte raného věku se speciálními potřebami a rehabilitačně aktivizační služby pro jeho rodinu

(chybí kontinuita péče) a není zajištěna provázanost s dalšími složkami rehabilitace (Skok do reality, 2006).

Snaze o překlenutí nedostatků v zajištění léčebné rehabilitace odpovídá i vytváření center léčebné rehabilitace v rámci resortu MZ, avšak z důvodu chybějící právní úpravy mají specifické postavení a jejich činnost není dostatečně efektivní (Skok do reality, 2006).

1.3.2. Sociální rehabilitace

Od 1. ledna 2007 nabyl účinnosti zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který představuje výrazné zlepšení právního stavu v této oblasti. Sociální rehabilitace je v § 70 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 využívající zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.*“

Zákon sociální rehabilitaci ustanovil jako druh sociální služby a její základní činnosti definoval jako:

- nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu,
- nácvik soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- výchovné vzdělávací a aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- základní sociální poradenství,
- v centrech sociálně rehabilitačních služeb je navíc poskytováno ubytování, strava a osobní hygiena.

Právní úpravou dochází i ke zlepšení situace v oblasti informovanosti, neboť všichni poskytovatelé sociálních služeb, tedy i ti, kteří mezi svou nabídku

zahrnou sociální rehabilitaci, jsou evidováni v částečně veřejném Registru poskytovatelů sociálních služeb.

I přes uvedené pokroky však poskytování sociální rehabilitace stále není provázané a koordinované s dalšími složkami.

1.3.3. Pedagogická rehabilitace

Právní předpisy upravující oblast vzdělávání dětí, žáků, studentů se ZP neznají sice pojem „*pedagogická rehabilitace*“, avšak upravují celou uvedenou oblast velmi podrobně a uspokojivě. Nový přístup ve vzdělávání umožňuje diferencovat a individualizovat proces vzdělávání s ohledem na vzdělávací potřeby dětí, žáků a studentů se ZP.

Vzdělávání doplňuje vytvořený systém poradenských zařízení, který poskytuje nezbytnou odbornou pomoc školám při zajišťování podmínek pro vzdělávání žáků, zejména při jejich vzdělávání formou individuální integrace v hlavním proudu vzdělávání.

Ředitel příslušné školy má možnost podle vyhlášky MŠMT č.73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve prospěch svých žáků vytvářet podmínky pro činnost poskytovatelů jiných složek rehabilitace, která je prováděna na základě konkrétní zjištěné indikace a podmínek stanovených příslušnými právními předpisy pro danou složku rehabilitace.

Značným problémem v této oblasti je pracovní uplatnění zdravotně postižených absolventů škol a aktivace osob, které jsou z důvodu těžkého zdravotního postižení po absolvování školy obtížně uplatnitelné nejen na otevřeném trhu práce, ale i v chráněných dílnách či pracovištích. Je třeba také zabezpečit poskytování informací o dalších možnostech rehabilitace. Dále stanovit způsob interdisciplinárního zabezpečení poskytování rehabilitace, provázanost a dostupnost této péče, resp. služeb a spolupráci jednotlivých resortů a poskytovatelů (Skok do reality, 2006).

1.3.4. Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace je upravena zákonem č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve kterém je v § 69 definována jako „*souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují úřady práce.*“ Pracovní rehabilitace je opatřením aktivní politiky zaměstnanosti, je určena k vyrovnání příležitostí osoby se ZP na trhu práce a je součástí komplexu činností a opatření vedoucích k její plné integraci.

Provádění pracovní rehabilitace spadá, podle tohoto zákona, do kompetencí úřadu práce a ten ji také finančně zabezpečuje.

Zařazení osoby se ZP do procesu pracovní rehabilitace vychází z posouzení jejího zdravotního stavu, její pracovní způsobilosti, jí dosaženého vzdělání, získaných dovedností a situace na trhu práce.

Na každém úřadu práce je ustanovena, podle § 7 odst.5 zákona o zaměstnanosti, odborná pracovní skupina (složená z lékaře, zástupce zaměstnavatelů zaměstnávajících osoby se ZP, zástupce neziskové organizace), která na základě doloženého zdravotního stavu zájemce má posoudit a navrhnout vhodné formy pracovní rehabilitace (§ 67 odst. 3 tamtéž). Se zájemcem o pracovní rehabilitaci je uzavřena *Žádost o pracovní rehabilitaci* a dále je s ním sestaven *Individuální plán pracovní rehabilitace*, který je ve své podstatě harmonogramem naplňování dohodnutého postupu vedoucího k pracovnímu uplatnění.

Pracovní rehabilitaci lze z hlediska právní úpravy považovat za nejuceleněji propracovanou oblast rehabilitace. Tato skutečnost se však v realitě neodrazuje. Na základě vyjádření pracovníků MPSV se pracovní rehabilitace téměř neprovádí z důvodu administrativní náročnosti. Úřady práce prý mohou dosáhnout stejného výsledku i bez zařazení klienta na pracovní rehabilitaci (např. zařazením na rekvalifikaci), aniž by museli projít celým administrativním procesem. To sice neplatí v případě přípravy k práci, ale v tomto případě si zase nemohou dovolit platit asistenta, který klienta na pracovišti budoucího zaměstnavatele doprovází, a proto tuto možnost nevyužívají. Navíc zákon neukládá podmínky, za kterých lze být rehabilitace

ukončena (v případě, že se plán nenaplnuje atd). Další odrazujícím faktorem je to, že o pracovní rehabilitaci může požádat kdokoli a úřad práce je povinen ji platit.

Zákon zaručuje poskytování pracovní rehabilitace osobám se ZP, ale bez jakýchkoliv vazeb a respektování ostatních oblastí rehabilitace a také bez možnosti různé druhy rehabilitace propojit. Chybí jednotný přístup pracovníků úřadů práce, činnost odborné pracovní skupiny by se měla více rozvinout (Skok do reality, 2006).

Ze stručného popisu současného stavu poskytování ucelené rehabilitace vyplývá, že všechny oblasti provází společný nedostatek, a tím je nekoordinovanost. Tento nedostatek není zanedbatelný, neboť podstatným rysem ucelené rehabilitace je právě koordinované provádění rehabilitačních opatření. Nehledě na skutečnost, že již samotná definice rehabilitace (podle WHO) popisuje tuto činnost jako včasné, plynulé a koordinované úsilí (viz kapitola 1).

Jednotlivé oblasti rehabilitace byly na základě společenských požadavků právně definovány, vyjma rehabilitace léčebné.

Problémem je, že v našich podmínkách spadá rehabilitace do více resortů, reps. do resortu MPSV, MZ a MŠMT, což výrazně komplikuje práce na tvorbě právního zakotvení jako celku. Tato situace je stále ještě charakterizována překonáváním nedostatků z dob minulého režimu a zaměřením se na snahu navrhopvat řešení pouze z jednoho úhlu pohledu, nikoliv z pohledu komplexního. Jednotlivé oblasti spolu nekooperují, nejsou stanoveny jednotné standardy, chybí jasná a společná koncepce. Taktéž nejsou k dispozici validní statistické údaje.

1.4 Návrhy řešení dalšího rozvoje ucelené rehabilitace

Při zavádění a vytváření podmínek dalšího rozvoje systému rehabilitace bude v souvislosti s úkoly stanovenými v NPPI třeba řešit především následující okruhy problémů (Skok do reality, 2006):

- zakotvení právního rámce rehabilitace

- institucionální zajištění rehabilitace
- rozvoj jednotlivých oblastí rehabilitace

Právní úprava nebyla do dnešního dne ustanovena. Velký podíl na tom má skutečnost, že daná problematika zasahuje do několika resortů a kompetencí, tím je zkomplikovaná spolupráce a koordinace potřebných aktivit. Vedle toho každý resort (MPSV, MZ, MŠMT) finančně zajišťuje vlastní část provádění rehabilitace a z těchto důvodů není mj. zájem o zasahování do oblasti jiné, neboť tím tak pochopitelně vzniknou intervenujícímu resortu vyšší náklady a naopak dalším resortům se sníží. Takže například pokud bude MZ více dbát na provádění a rozsah léčebné rehabilitace, je větší pravděpodobnost, že osoba se ZP nebude tolik potřebovat další oblasti rehabilitace, popř. v menší míře. Celkový lepší zdravotní stav se odrazí i na výši dávek (sníží se), které osoba se ZP pobírá. Takže na jedné straně jsou zde vyšší náklady na léčbu (resort MZ) a na straně druhé snížení výdajů na dávky (resort MPSV). Protože si každý resort „hlídá“ přísun peněz ze státního rozpočtu, každé další navýšení není žádoucí. Otázkou ovšem je, zda peníze ze státního rozpočtu jsou jen jednoho resortu nebo celé společnosti.

Ani politická situace po volbách v roce 2006 nebyla příznivá pro plnění úkolů vyplývajících z NPPI, neboť panovalo poměrně dlouhou dobu jakési „bezzvládí“.

1.4.1. Zakotvení právního rámce

Jedním z významných předpokladů vytvoření fungujícího systému rehabilitace je dostatečné zakotvení právní úpravy vymezující zejména základní právo osoby se ZP na komplexní poskytnutí rehabilitace, základní pojmy a institucionální zajištění podpory a koordinace tohoto systému (Skok do reality, 2006). Bude nanejvýš vhodné a účelné vycházet z pojmů, které se používají v mezinárodních právních normách a dokumentech (především v rámci Evropské unie, OSN, WHO).

Prvořadým cílem návrhu řešení musí být *„zakotvení podmínek pro koordinované provádění rehabilitace, které je základem pro vznik vzájemně provázaného, účinného a dostupného systému. Takto nastavený systém má*

možnost přispět výrazným způsobem ke zvýšení kvality života těchto osob a jejich sociálnímu začlenění.“ (Skok do reality, 2006)

Součástí právní úpravy musí být také vymezení práv a povinností jak osob se ZP, tak i poskytovatelů.

Poskytování rehabilitace ve všech jejích oblastech se řídí zásadami, jejichž nerespektování negativně ovlivňuje celý systém (Práce a sociální politika, 2004). Tyto zásady by se z důvodu efektivnosti a účelnosti měly do právní úpravy také promítnout. Jedná se o:

- včasnost
- dostupnost
- komplexnost
- návaznost
- koordinovanost
- individuální a interdisciplinární posouzení a zhodnocení potřeb osoby se ZP

1.4.2. Institucionální zajištění rehabilitace

Vzhledem k značnému rozsahu dané problematiky a jejímu zasahování do více resortů je zajištění provádění téměř nemožné. Proto je nutné určit instituci, která bude napříč všemi oblastmi plnit některé specifické úkoly (Práce a sociální politika, 2004). Instituce by měla působit jak na místní, tak i na regionální úrovni a mezi její nejdůležitější činnosti by patřilo:

- kontrola dodržování základních zásad
- sledování koordinace
- sledování a vyhodnocování činností
- iniciování změn či doplňování právních předpisů
- poskytování poradenství osobám se ZP, poskytovatelům atd.

Původně bylo navrženo zřídit tuto instituci buď při vládě nebo při MPSV (Skok o reality, 2006). NRZP byla zastáncem vzniku instituce při vládě a pokud by šlo o územní instituci, tak při krajském úřadě. Dodnes je však otázka institucionálního zajištění otevřena.

1.4.3. Rozvoj jednotlivých oblastí rehabilitace

Všechny uvedené oblasti rehabilitace se potýkají se specifickými problémy, které je nutno pro rozvoj celku řešit.

Základním problémem je neprovázanost, nekoordinovanost poskytované rehabilitační péče a následných sociálních služeb a nedostatečné právní úpravy. Řešení tohoto problému je na celé společnosti a především na politické vůli. V okamžiku, kdy se existující resortismus a neochota řešit evidentně společné problémy nezmění, nebude možno pokračovat na jednotném a kooperujícím postupu. V jednotlivých oblastech je pak vhodné se zaměřit na ty nedostatky, které jsou uvedené v podkapitole 1.3.

Je třeba se zaměřit na povinnost informovat osoby se ZP, poskytovat péči včas, v dostačujícím rozsahu a v návaznosti na jiné oblasti a aktivity.

Důsledek současného stavu je velmi nízká úroveň efektivnosti postupů a činností jednotlivých subjektů, často duplicitní provádění a časové prodlevy.

2. KOORDINACE JAKO DŮLEŽITÝ PRVEK V POSKYTOVÁNÍ UCELENÉ REHABILITACE

Práce s osobou se ZP zejména její vyhledávání (depistáž), kontaktování, poskytování poradenství, stanovení strategií řešení nepříznivé životní situace, zprostředkování rehabilitační péče a dalších sociálních služeb je často dlouhodobý proces, v němž je nutná určitá posloupnost jednotlivých kroků a jehož kontinuita musí být zabezpečena souhrou, kooperací a zainteresovaností odborníků. Ostatně praxe ukazuje, že právě neprůhlednost a nízká informovanost některé lidi odradí, a tak se celá řada prvotně snadno řešitelných problémů vyhrocuje.

2.1. Potřeba koordinace

Na úvod této kapitoly bych ráda uvedla krátký příklad. Typickou situací je, že člověku, který má na základě úrazu či nemoci pohybovou disabilitu⁷, je poskytnuta kvalitní a systémově vedená lékařská péče a léčebná rehabilitace. Již v této chvíli se však ukazuje, že tento člověk se nebude moci znovu vrátit ke svému povolání a ani nebude schopen se zapojit do běžného života. Zatím proběhne rok léčení a pobytu v domácím prostředí, kdy pobírá dávky v nemoci. Pokud není připraveno náhradní zaměstnání (v tomto okamžiku bude spíše připraveno z aktivity zaměstnavatele či blízkých osob), dostane po ukončení léčby invalidní důchod. Po smíření se s tím, že mu nebude v tomto směru pomoheno (možná bude, ale neví se kdy), že nemá šanci nalézt jiné uplatnění, přijímá osud „handicapovaného“⁸ člověka a o další rehabilitaci (sociální a pracovní) či účast na společenském životě ztrácí zájem (Aplikace individuálních přístupů v péči o zdravotně postižené, 1995).

Tento příklad ve stručnosti popisuje, jak probíhá poskytování péče a služeb pro osobu, která se během aktivního života stane zdravotně postiženou.

⁷ Funkční změna na úrovni celého jedince, omezující ho v některých činnostech (Votava, 2005)

⁸ Handicapem se rozumí projekce poruchy (na úrovni orgánu či tělního systému) i disability do společenské roviny.

V ideálním případě, a také podle zásad ucelené rehabilitace, by ta samá situace vypadala následovně.

Koordinátor ucelené rehabilitace kontaktuje člověka již v době jeho pobytu v nemocnici. Na základě zjištěných skutečností se snaží zprostředkovat takovou rehabilitační péči a následné sociální služby, které budou nejvíce vyhovovat individuálním potřebám tohoto člověka a jeho celkové životní situaci. Po skončení léčebné rehabilitace se začínají realizovat další rehabilitační opatření, a to na základě potřeb a možností osoby se ZP. Závěrečnou etapou tohoto procesu je pracovní rehabilitace, která směřuje k pracovnímu uplatnění člověka s postižením, k ekonomické nezávislosti a společenskému životu. Koordinátor ve své práci nezapomíná také na rodinné příslušníky či blízké osoby, kteří sice nejsou jeho hlavní cílovou skupinou, ale do života osoby se ZP patří. V rámci poradenství, které koordinátor poskytuje, může i těmto osobám velmi významně pomoci.

Na těchto dvou příkladech si můžeme ukázat, jak ucelená rehabilitace funguje či nefunguje a jaký je její výsledek. Oba případy jsou jen stručnými nástiny situací, které jsou ve skutečnosti mnohem složitější. Ale jako ukázky jsou, myslím, postačující.

V jednotlivých oblastech rehabilitace můžeme zaznamenat velmi dobré dílčí výsledky (takovým nejvíce patrným výsledkem je záchrana života). Výsledný efekt však jejich součtu neodpovídá. Každá oblast se snaží vyřešit jen ten svůj „problém“, ze svého úhlu pohledu a nikoliv tedy jako komplex různých a navzájem propojených částí.

Je nutné vyřešit plynulý přechod od akutního ošetření a léčby k rehabilitaci. To ovšem podmiňuje nutnost již velmi brzo (ještě během procesu akutní léčby) rozhodovat, jaká následná rehabilitační opatření budou provedena. Lékaři v nemocnicích (stejně tak v jiných zdravotnických zařízeních) by měli být povinni u každého onemocnění či poúrazového stavu zcela automaticky prozkoumat, zda je nutné pro pacienta zajistit další rehabilitační opatření. Následně pak kontaktovat odpovědnou osobu, resp. koordinátora.

Rehabilitace je vynakládané úsilí, jehož cílem je integrace osoby se ZP do společnosti. Koordinace je potřebná k celému průběhu procesu, jinak nelze

mluvit o rehabilitaci (záchrana života ještě neznamena začlenění do běžného života a není zárukou kvalitního žití).

Význam rehabilitace stále roste a to z několika důvodů:

- výrazně se zvýšil počet přiznaných invalidních důchodů, což pro stát znamená zvýšení nákladů na jejich výplatu a snížení přísunu peněz z výdělečné činnosti (Šťastný, 2006)
- s tím souvisejí zvyšující se náklady na další dávky ze sociálního systému
- prosazuje se omezení nákladů spojených se zdravotnictvím, a to při vzrůstající tendenci úrovně lékařské péče a zvyšování průměrné délky života
- akutní medicína může zabránit poškození organismu, ale jen omezeně může pacienta navrátit ke zdravému životu. To může naopak dokázat rehabilitace, která aktivuje zbylé schopnosti a tím může zabránit invaliditě nebo ji alespoň omezit (sekundárně tak šetřit náklady)

2.2. Zavádění funkce koordinátora ucelené rehabilitace osob se zdravotním postižením

NPPI pro období 2006 – 2009 stanovil následující úkoly vztahující se k ucelené rehabilitaci:

Úkol č. 2.6

Navrhnout právní úpravu zakotvující rehabilitaci osob se zdravotním postižením a vytvářející dostatečný prostor a podmínky pro vzájemnou provázanost a potřebnou návaznost jednotlivých oblastí rehabilitace.

plní: MPSV, MZ, MŠMT

Úkol č. 2.7

Navrhnout zřízení orgánu popř. instituce zabezpečující koordinaci provádění rehabilitace osob se zdravotním postižením a zároveň sledovat účinnost poskytnuté rehabilitační péče.

plní: MPSV, MZ, MŠMT

Úkol č. 2.8

Rozvíjet jednotlivé oblasti rehabilitace osob se zdravotním postižením (léčebná rehabilitace, sociální rehabilitace, vzdělávání a pracovní rehabilitace).

plní: MPSV, MZ, MŠMT

Vedle těchto úkolů bylo v roce 2006 Usnesením vlády ČR č. 651 ze dne 31. května 2006 uloženo resortu MPSV mj. vytvořit poradenskou základnu pro podporu poskytování rehabilitace osobám se ZP, a to jak na místní, tak i na regionální úrovni.

Vzhledem k tomu, že ucelená rehabilitace není do dnešního dne právně zakotvena, rozhodlo se MPSV tento úkol řešit vypracováním pilotního celorepublikového projektu ***Koordinace poskytování ucelené rehabilitace osobám se zdravotním postižením na úrovni krajů a obcí*** (více o projektu v kapitole 4.1.)

Cílem tohoto projektu je zřídit zcela novou funkci koordinátora ucelené rehabilitace, který by (jak na úrovni krajů, tak obcí s rozšířenou působností) zabezpečoval a podporoval systematické a koordinované poskytování rehabilitace. Úloha koordinátora se jeví jako nepostradatelná, neboť dosavadní zkušenosti ukazují, že jedním z nejzávažnějších problémů je právě neprovázané a nekoordinované poskytování rehabilitace. Koordinátor bude jakýmsi „spojovacím článkem“ mezi osobou se ZP a jednotlivými oblastmi rehabilitace, existujícím systémem sociálních služeb, dávek, institucemi a úřady. Jeho hlavní činností bude poskytování komplexního poradenství a zprostředkování takové rehabilitace a sociálních služeb, které člověku pomohou překonat jeho nepříznivou životní situaci způsobenou postižením či nemocí.

Přípravná fáze projektu započala na jaře 2007 a počítá se s dobou trvání do roku 2010. Za současné situace, kdy se při zřizování této funkce nelze opřít o právní předpis, byla účast v projektu založená na dobrovolnosti.

Součástí úvodního dopisu byl i dotazník týkající se zjištění podmínek, které by byly vhodné pro zřízení této funkce na úřadech. Výsledek dotazníkového šetření je součástí této práce.

Plánovaným výstupem projektu bude, díky působení koordinátora, provázaná a koordinovaná síť poskytovatelů rehabilitace a také sociálních služeb v dané oblasti. Koordinátor bude osoby se ZP „doprovázet“ tak, aby na základě využití všech dostupných možností rehabilitace byly v co nejkratším čase integrované do společnosti a žily běžným způsobem životem.

Předpokládá se, že se tímto projektem ukáže význam rehabilitace a jejího provádění, a to nejen pro samotné osoby se ZP, ale i pro celou společnost. Zefektivní se využívání možností systému a předejde se duplicitám. Tím se i z hlediska finančního stane rehabilitace pro stát výhodnější.

Vedlejšími výstupy (a neméně významnými) budou mj. získané statistické údaje o osobách se ZP, informace o vynaložených finančních nákladech a rozvoj jednotlivých oblastí rehabilitace.

2.3. Role koordinátora ucelené rehabilitace pro osoby se zdravotním postižením na regionální a místní úrovni

Funkce koordinátora působícího jak na regionální, tak na místní úrovni, je v některých oblastech sociální sféry více či méně vyzkoušená. S reformou veřejné správy v rámci přenesené působnosti byla (podle zákona č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení) na obecních úřadech obcí s rozšířenou působností ustanovena například funkce koordinátora sociální péče o osoby společensky nepřizpůsobivé nebo vznikla funkce krajského koordinátora pro romské záležitosti.

Koordinátor pro ucelenou rehabilitaci v našich podmínkách zaveden není. I když se o důležitosti tohoto uceleného procesu všeobecně ví (Votava, 2005), ucelená rehabilitace osob se ZP zde stále není právně zakotvena, a proto situace se zřizováním této funkce je oproti výše zmíněným složitější.

Protože je problematika osob se ZP komplikovaná a zasahuje do vícera oblastí života jedince, je nutné, aby systém státní pomoci a podpory byl komplexní a především koordinovaný. V současných podmínkách se jeví zavedení funkce koordinátora ucelené rehabilitace osob se ZP jako

nejvhodnější, neboť je potřeba zkoordinovat činnosti podporující začleňování těchto osob do života a motivující k samostatnému a nezávislému životu.

Koordinátor ucelené rehabilitace bude pověřený výkonem koordinační činnosti v přenesené působnosti, tj. v oblasti výkonu státní správy, která je zajišťována krajským a obecním úřadem obce s rozšířenou působností (v sídle bývalého okresu). Těžištěm jeho činností bude poradenství, mapování subjektů působících v oblasti ucelené rehabilitace ve spádové oblasti, vytvoření sítě těchto poskytovatelů a poskytovatelů sociálních služeb, předávání informací a podporování jejich spolupráce a koordinace.

Protože se při výkonu funkce koordinátora nelze opřít jak o právní předpisy, tak ani o zkušenosti z praxe v této specifické oblasti, nemají následující charakteristiky činností normativní charakter. V průběhu projektu lze očekávat, že na základě praxe se budou jednotlivé činnosti a metody práce zdokonalovat a více specializovat.

2.3.1. Koordinátor na úrovni kraje

Zákon o sociálních službách stanovil krajským úřadům některé nové úkoly týkající se poskytování sociálních služeb. Například se jedná o vedení registru poskytovatelů sociálních služeb, kterým bylo vydáno rozhodnutí o registraci (§ 85).

Vedle toho má krajský úřad (§ 93 a § 95):

- zajišťovat ve spolupráci s ostatními poskytovateli sociálních služeb a obecním úřadem obce s působností poskytnutí sociálních služeb v případě, kdy poskytovatel ukončil svou činnost (ukončení registrace, pozbytí její platnosti apod.)
- zjišťovat potřeby poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob
- zajišťovat dostupnost informací o možnostech a způsobech poskytování sociálních služeb
- spolupracovat s obcemi, s dalšími kraji a s poskytovateli při zprostředkování pomoci osobám (popř. při zprostředkování kontaktu)

- zpracovávat „střednědobý plán rozvoje sociálních služeb“ (dále jen střednědobý plán) v spolupráci s obcemi, se zástupci poskytovatelů a se zástupci osob, jimž jsou služby poskytovány
- sledovat a vyhodnocovat plnění plánů rozvoje služeb
- provádět inspekci poskytování sociálních služeb u registrovaných poskytovatelů (§ 97)

Vedle toho krajský úřad podle zákona o působnosti orgánů ČR řídí kontroluje výkon státní správy v sociálním zabezpečení.

Výše uvedené úkoly jsou z hlediska zřízení funkce koordinátora na úrovni krajského úřadu podstatné v tom, že právně formulují některé z činností, které by bylo velmi žádoucí, aby koordinátor při své práci vykonával. Jeví se tedy jako velmi užitečné spojit zákonem stanovené úkoly s výkonem této funkce.

Inspekce v sociálních službách se vzhledem k ustanovení sociální rehabilitace jako druhu sociální služby vztahuje i na její poskytování.

Doporučuje se zařadit koordinátora na úrovni kraje do agendy odboru sociálních věcí, neboť se na tomto místě předpokládá největší odborná kompetence.

2.3.2. Charakteristika činností koordinátora

Krajský úřad je podle uspořádání systému státní správy nadřazen obecním úřadům a z tohoto titulu má kompetence ke koordinačním, metodickým a kontrolním činnostem vůči obcím. Je tedy výhodné využít tento systém rozdělení kompetencí mezi krajskými a obecními úřady.

Koordinátor na úrovni kraje by z výše uvedeného vykonával vedle aktivit týkajících se přímo rozvoje ucelené rehabilitace v kraji i koordinační a metodické vedení koordinátorů na obecních úřadech.

Mezi hlavní činnosti koordinátora na úrovni kraje budou patřit:

- A) poradenství a informační činnost
- B) mapování situace v oblasti ucelené rehabilitace
- C) koordinační činnosti
- D) metodická činnost

E) sledování a vyhodnocování průběhu rehabilitace

A) Poradenství a informační činnost

Poskytování poradenství osobám se ZP se považuje podle Novosada (2000) „za integrální součást ucelené rehabilitace.“ Bez koordinované týmové poradenské činnosti nelze zabezpečit provázanost, posloupnost dílčích opatření, variabilitu a mezioborovou spolupráci. Právě uvedenými zásadami ucelené rehabilitace se tento typ poradenství odlišuje od jiných (příloha č. 3)

Úkolem poradenské činnosti by mělo být odstranění, zmírnění či kompenzování příčin, které postižené osobě brání v plnohodnotném začlenění do společnosti. Z tohoto důvodu se koordinátor musí orientovat v legislativě, problematice osob se ZP, jednotlivých oblastech rehabilitace apod.

Poradenská činnost může spočívat **ve formách** (Novosad, 2000):

- o **vedení** (osvětový a informativní charakter, často orientovaný na větší skupinu lidí)
- o **poradenství** v užším smyslu (vede k hlubšímu náhledu na problém, příčiny a možnosti řešení)
- o **konzultační činnost** (poradenství poskytované jinému odborníkovi)

V rámci základního sociálního poradenství (§37 zákona o sociálních službách) se poskytují osobám se ZP informace potřebné k překonání nepříznivé životní situace. Odborné poradenství je poskytováno se zaměřením na specifické potřeby osoby se ZP vyplývající z postižení a individuální životní situace. Je proto důležitá orientace v problematice, neboť na doporučení k využití služby (složky rehabilitace) závisí další etapa života osoby se ZP.

Koordinátor také poskytuje poradenství a informace všem subjektům⁹ působících v oblasti ucelené rehabilitace a také rodinným příslušníkům a blízkým osobám. Komunikuje též s širokou veřejností, kde je jeho úkolem podpora zvyšování povědomí o problematice.

⁹ Subjektem jsou zde míněni všichni, kteří se problematikou zdravotně postižených osob zabývají, tzn. poskytovatelé sociálních služeb, zdravotnická zařízení, praktičtí lékaři, obecní a krajské úřady, úřady práce, školy apod.

Mezi informační činnosti dále spadají:

- prezentace činností koordinátora na veřejnosti (media)
- zveřejňování kontaktů na jednotlivé subjekty, poskytovatele
- umístění kontaktů ve zdravotnických zřízeních, úřadech práce, sociálních odborech úřadu, speciálně pedagogických centrech apod.
- vede aktuální databázi institucí, poskytovatelů, neziskových organizací atd.

Mezi rizika medializace a propagace patří zjednodušení problému, stereotypní a jednostranné vnímání, absence širších souvislostí apod.

B) Mapování situace v oblasti poskytování ucelené rehabilitace

Zmapovat a vyhodnotit aktuální stav poskytovatelů v regionu pro danou cílovou skupinu je důležitým předpokladem nejen pro poskytování poradenství, ale také pro komunitní plánování¹⁰, zjišťování potřeb cílové skupiny apod.

Při své práci koordinátor využívá existující informační zdroje (např. registr poskytovatelů sociálních služeb, databáze neziskových organizací).

Velmi užitečným materiálem pro mapování současného stavu je např. střednědobý plán, komunitní plán, popř. jiný materiál zpracovaný na toto téma. Tyto materiály by totiž měly potřebné informace obsahovat. Taktéž je zde zpracována současná nabídka všech služeb a péče pro danou cílovou skupinu.

Pokud tyto materiály ještě nejsou vytvořeny, je koordinátor, vzhledem k orientaci v problematice, ideálním partnerem pro zpracování těchto údajů.

Koordinátor svou činností mapuje síť všech existujících služeb a všech subjektů, jejichž činnost se nějakým způsobem problematiky osoby se ZP dotýká. Zároveň zjišťuje a vyhodnocuje potřeby jak těchto osob, tak i poskytovatelů. V případě, že v regionu chybí nějaká složka rehabilitace (popř.

¹⁰ **Komunitní plánování** je metoda řízení a rozhodování, kterou lze použít jak pro vytváření koncepcí, tak i pro řešení nejrůznějších problémů. Je založena na zapojování všech subjektů, kterých se příslušná oblast dotýká, na dialogu, vyjednávání a na dosažení výsledku. Cílem je posilování sociální soudržnosti komunity, podporovat začleňování. Posláním je zajišťování dostupnosti sociálních služeb v komunitě. V procesu vzájemných konzultací vzniká **komunitní plán**, který dohodou mezi tím, co je možné a co by bylo potřebné (Metodické a koordinační dovednosti v sociálních službách, 2007)

subjekt zajišťující část rehabilitace) může být i iniciátorem vzniku služby nové. Koordinátor by měl být partnerem subjektů, měl by napomáhat k prosazování a realizování aktivit souvisejících s rozvojem ucelené rehabilitace.

C) Koordinační činnost

Koordinátor vytváří podmínky pro spolupráci se subjekty působícími v oblasti ucelené rehabilitace a to tak, že s nimi úzce spolupracuje a zajišťuje včasné předávání informací.

Ve spolupráci s těmito subjekty usiluje o zlepšování efektivity poskytovaných služeb, zlepšování a propojování komunikace, zkvalitňování spolupráce. Dále podporuje předávání informací, zprostředkování kontaktů, tvorbu sítí subjektů a vyhledává nové partnery. Účastní se akcí, které pořádají spolupracující organizace a také se podílí na jejich přípravě.

Při koordinaci je velmi vhodné využívat metodu **vytváření sítí (síťování)**¹¹. Jde o vytváření podmínek pro výměnu zdrojů a vzájemnou spolupráci. Síťování je využíváno při koordinaci a navazování spolupráce. Všeobecnou výhodou sítí je, že jsou flexibilní a dynamické a mohou tak rychleji reagovat na měnící se podmínky a problémy ve společnosti. Mezi hlavní výhody při koordinaci patří (Metodické a koordinační dovednosti v sociálních službách, 2007):

- sdílení zdrojů, kontaktů, dovedností
- spojení lidí a subjektů na různých úrovních
- pomocí sítí lze předcházet duplicitní práci, činnost je efektivněji koordinována
- sítě pracují rychleji než formální instituce

¹¹ **Sít'** je formálním či neformálním spojením lidí, organizací a vztahů, které umožňuje jejich vzájemnou komunikaci a spolupráci. Subjekty v síti tak mohou navzájem sdílet zdroje, dovednosti, kontakty a znalosti. Při síťování jsou využívány a ovlivňovány vztahy mezi subjekty. Při práci na síti nás zajímají především spojení a vztahy mezi subjekty, nikoliv mezi jednotlivými aktéry a soustředíme se na všechny subjekty, které jsou vzhledem k našemu problému (či cíli) ve vzájemném vztahu.

Sítě lze členit např. podle účelu, jejího uspořádání a míry formalizace. Při vytváření sítí se využívá **síťová analýza**, která umožňuje pracovat systematictěji (Metodické a koordinační dovednosti v sociálních službách, 2007 nebo také www.osu.cz/metakor).

- usnadňují lidem pohyb ve formálních systémech, jsou tedy ku prospěchu
- mohou přispívat ke vzniku alternativních řešení

Role koordinátora při síťování spočívá v tom, že tvorbu sítě iniciuje, provádí **sít'ové analýzy**¹², je členem v sítích, navrhuje a organizuje setkávání, motivuje členy sítě, poskytuje jim informace a o existenci sítě informuje další subjekty.

D) Metodická činnost

Tato činnost spočívá především v metodickém vedení koordinátorů na úrovni obecního úřadu. V rámci tohoto vedení koordinátor na úrovni kraje (inspirováno Příručkou pro metodiky sociální prevence a sociální kurátory, OSU 2007):

- pravidelně svolává a iniciuje společná setkání
- poskytuje jim konzultace podle potřeby, navštěvuje je v místě jejich pracoviště (zde se také může setkávat se zástupci místní samosprávy, se zástupci ostatních úřadů a neziskových organizací)
- při řešení komplexnějších problémů, které se prolínají do více oblastí, pořádá porady za přítomnosti dalších odborníků, vybraných pracovníků
- zajišťuje jednotnost pracovních postupů
- informuje koordinátory o legislativních změnách
- zajišťuje tok informací z MPSV

Metodické vedení může mít formu individuální, skupinovou či vydání metodického pokynu.

Na společných setkáních koordinátor předává relevantní informace získané zejména od ústředních orgánů státní správy, které jsou nezbytně

¹² Při **sít'ové analýze** se zkoumá možná role jednotlivých subjektů při řešení problému. V první fázi je důležité určit centrálního aktéra (tj. osoba, organizace, která chce řešit problém), dále se stanovuje cíl, hledají se partneři pro spolupráci a následně se vybírají podle důležitosti a připravenosti jednat pak se vytváří mapa sítě. Po analýze problému se identifikují možné překážky, zdroje, vlivy. Nakonec se formulují strategie pro dosažení cíle.

nutné k výkonu této funkce. Seznamuje účastníky s novými právními předpisy a dalšími aktuálními informacemi. Podporuje výměnu zkušeností, využívá příklady dobré praxe a práce s kazuistikami. Žádá od koordinátorů informace, statistické údaje a analytické zprávy o stavu nabídky služeb, potřebách osob se ZP apod. Zprostředkovává nabídku na další vzdělávání, supervizi.

Koordinátor ve vztahu k MPSV předává zprávy o stavu v regionu, statistické údaje a informace získané ze společných setkání. Zajišťuje tok informací, je jakýmsi spojovacím článkem mezi MPSV a koordinátory na obcích. Očekává se od něj, že bude připomínkovat průběh projektu, předávat názory, zkušenosti a případné návrhy na zlepšení. Do budoucna se počítá i s připomínkováním návrhů legislativních úprav.

Koordinátor spolupracuje i s ostatními subjekty v oblasti ucelené rehabilitace. Upozorňuje na nedostatky v poskytování a snaží se je řešit.

Na úrovni krajského úřadu se zapojuje do tvorby komunitních plánů, střednědobých plánů a jiných aktivit kraje.

E) Sledování a vyhodnocování průběhu rehabilitace

Koordinátor na úrovni krajského úřadu shromažďuje informace a zprávy a to jak od koordinátorů z obcí, tak i od ostatních subjektů rehabilitace. Především se jedná o údaje týkající se počtu osob se ZP zapojených do procesu rehabilitace a statistiky o provádění jednotlivých oblastí rehabilitace například od:

- úřadů práce lze zjistit počet osob se ZP zapojených do pracovní rehabilitace;
- poskytovatelů lze zjistit počet osob se ZP využívajících sociální rehabilitaci;
- od osob se ZP „čekací lhůty“ na poskytování rehabilitace, sociálních služeb

Důležitým ukazatel pro další rozvoj ucelené rehabilitace bude vypracování souhrnné zprávy o projektu, jejímž obsahem bude srovnání situace před a po zřízení funkce koordinátora. Koordinátor se spolu s MPSV bude podílet na vyhodnocení přínosu projektu.

Součástí tohoto hodnocení je i shromažďování neformálních ohlasů a reakcí od osob se ZP, poskytovatelů, zástupců úřadů atd.

2.3.3. Koordinátor na úrovni obce

I pro obec vyplynuly ze zákona o sociálních službách některé úkoly týkající se jak zajišťování služeb, tak i vyplácení nové sociální dávky - příspěvku na péči (§ 7- § 31 zákona o sociálních službách).

Obecní úřad obce s rozšířenou působností zajišťuje osobě podle zákona o sociálních službách, které není poskytována sociální služba a která je v situaci ohrožení zdraví a života, poskytování sociální služby nebo jiné formy pomoci. A na základě oznámení zdravotnického zařízení zjišťuje, zda je nezbytné poskytnout osobě umístěné v tomto zařízení služby sociální péče či nikoliv, popř. tento druh služby zajistit.

Dále obec podle tohoto zákona, obdobně jako kraj:

- zjišťuje potřeby poskytování sociálních služeb
- zajišťuje dostupnost informací o možnostech a způsobech poskytování sociálních služeb
- spolupracuje s dalšími obcemi, kraji a s poskytovateli sociálních služeb při zprostředkování pomoci, kontaktu
- může zpracovat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve spolupráci s krajem, poskytovateli a za účasti zástupců veřejnosti, kterým jsou služby poskytovány

Podle zákona o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení obec dále v samostatné působnosti napomáhá v zapojování těžce zdravotně postižených občanů do kulturního a společenského života, podílí se na řešení otázek bydlení. Obecní úřad obce s rozšířenou působností dále rozhoduje o poskytování různých příspěvků pro tyto občany.

Úkoly korespondují, stejně tak jako u výše zmíněného kraje, s úlohou koordinátora a i on bude zařazen do agendy odboru sociálních věcí.

2.3.4. Charakteristika činností koordinátora

Koordinátor na úrovni obce má podobnou charakteristiku pracovních činností (jako např. mapování situace v oblasti poskytování ucelené rehabilitace), v některých bude jeho činnost mnohem hlubší (např. poradenství). Jeho činnosti jsou více zaměřeny na konkrétní osobu se ZP, na řešení její individuální situace. Jde především o to, že tento koordinátor působí v menší spádové oblasti, zná mnohem detailněji místní situaci a může se v rámci své funkce více zaměřit na řešení individuálních životních situací osoby se ZP. Oproti koordinátorovi na úrovni kraje, který spíše řeší metodické vedení, koordinuje činnosti na úrovni celého kraje, spolupracuje s MPSV a podílí se na tvorbě sociální politiky kraje.

K základním činnostem koordinátora na úrovni obce tedy patří:

- A) poradenství a informační činnosti
- B) mapování situace v oblasti ucelené rehabilitace
- C) případové vedení
- D) depistáž
- E) koordinační činnost
- F) sledování a vyhodnocování průběhu rehabilitace

A) Poradenství a informační činnost

O poslání poradenství jsem již psala u koordinátora na úrovni kraje. Zde je však nutno zdůraznit, že na úrovni místní bude koordinátor v rámci poradenství poskytovat mnohem širší škálu činností. Poradenství lze opět rozdělit na základní, které může využít široká veřejnost a na speciální, zaměřené již na individuální situaci.

Základem ovšem opět je nutná znalost problematiky osob se ZP, legislativy, systému státních dávek, metod rehabilitace apod.

Podle Novosada (2000) je *„cílem poradenské práce v nejobecnější rovině dosažení klientova zdraví v interakci se sociálním prostředím. V rovině speciálních cílů jde o dosažení žádoucí změny v sociálním prostředí.“* Taková změna by měla napomoci předejít ohrožení dalšího vývoje, dosavadní

nepříznivý vývoj zastavit a navodit situaci příznivější. A v rovině individuálních cílů by mělo jít již o konkrétní opatření, která se týkají daného případu - člověka v jeho životní situaci.

Východiskem speciálního poradenství je, že musí respektovat a překonávat některé společné rysy, které se u této cílové skupiny ve zvýšené míře vyskytují. Podle Novosada (2000) se jedná především o

- emocionální labilitu, neadekvátní prožívání
- izolovanost, komunikační bariéry
- velmi často nedostatečnou motivaci
- obtíže při osamostatňování
- poruchy sebepojetí, zkreslené sebehodnocení
- sociální stigma

Koordinátor proto v rámci poradenství pomáhá člověku s postižením lépe porozumět rizikům a obtížím spojených s jejich postižením. Příkladem může být podpora osoby se ZP k tomu, aby „vyšla“ z izolace a hledala další zdroje podpory ve svém okolí.

V poradenském procesu nelze opomenout ani na možnost zvratu v navozeném pozitivním vývoji. Je nutné počítat i s možností regrese nebo opakováním problémové situace. I na to je třeba klienta připravit. Zároveň je třeba pracovat na postupném snižování vlivu těch faktorů, které by ke zvratu mohly přispět. Kromě toho existují okolnosti a situace, které předem odhadnout ani ovlivnit nelze (zhoršení zdravotního stavu, rodinná situace, úraz).

I pro osobnost koordinátora je důležité, aby s těmito skutečnostmi počítal a věděl, jak se v takovýchto situacích má zachovat. Jde jak o „ochranu“ jeho samotného (ochrana před vyhořením, snížení motivace k práci), tak i o klienta.

Koordinátor v rámci kontaktu s osobou se ZP zastává hned několik rolí (např. poradce, konzultant, obhájce práv). V rámci své činnosti poskytuje poradenství i rodinným příslušníkům.

Prezentace problematiky a podílení se na rozvoji informovanosti široké veřejnosti (jakož i potencionálních klientů) patří mezi další aktivity, kterými je koordinátor pověřen. Vedle toho koordinátor zajišťuje předávání kontaktů na jednotlivé subjekty rehabilitace, a to například vyvěšováním informací v rámci

úřadu práce, zdravotnického zařízení, speciálních center, na internetových stránkách apod.

B) Mapování situace v oblasti poskytování ucelené rehabilitace

Náplň této činnosti je stejná jako u koordinátora na úrovni kraje. Zjištění a zmapování situace ve spádové oblasti bývalého okresu je základem pro další práci. Na tomto základě lze vytvořit tolik potřebnou, propojenou a fungující síť vztahů, subjektů, sociálních služeb a zdravotní péče.

Potřeby osob se ZP, stejně tak jako potřeby všech subjektů, bude koordinátor zjišťovat především prostřednictvím přímé práce s nimi. Střednědobé plány nejsou obce ze zákona povinny vypracovávat. V obcích, kde tyto plány jsou, je tento materiál k velkému užitku. V opačných případech může koordinátor vytvářet tlak na jeho vypracování a zároveň se podílet na tvorbě.

Na základě zjištěné poptávky po službách a ve srovnání s nabídkou, je velmi žádoucí, aby koordinátor inicioval vznik chybějících sociálních služeb, popř. napomáhal k alternativnímu způsobu řešení. Očekává se, že v rámci pravidelné kooperace s krajským koordinátorem, může být vytvořen intenzivnější tlak (zezdola) na vznik služeb, změn v legislativě apod.

C) Případové vedení

Koordinátor při své práci s osobami se ZP bude spoluřešit popř. s nimi řešit jejich individuální potřeby a problémy, bude hledat jim vhodnou pomoc a podporu a věnovat jim soustředěnou pozornost.

Jeho práci lze také označit jako **případové vedení (případovou práci)¹³**.

¹³ Jedná se o metodu sociální práce, kterou lze charakterizovat jako **zaměření na případ, na jedince**. Základem je pochopení jedince, ale také porozumění rodině, společnosti a znalost těch služeb, které nabízejí možnost vyřešit jeho nepříznivou životní situaci. Tento přístup je náročný z hlediska profesionální vybavenosti i osobních dispozic pracovníka, avšak nevyžaduje žádné speciální uspořádání a umožňuje operativní rozhodování. Případový pracovník musí dobře znát možnosti, nabídky a poslání nejrůznějších institucí poskytujících sociální služby, stejně jako způsoby, jak s nimi komunikovat a jak na ně odkazovat klienty. Zprostředkování potřebné služby je jedním z nejvýznamnějších úkolů případové práce. (Havránková, in Metody a řízení sociální práce)

Pojem případové vedení se používá jako překlad anglického **case management**, který se v této podobě také hojně používá.¹⁴

Ze základních přístupů tohoto vedení vyplývají aktivity, které koordinátor bude vykonávat. Jako hlavní se jeví zprostředkování té rehabilitační péče a sociálních služeb, které napomohou k odstranění, zmírnění nebo překonání negativních důsledků postižení. Toto zprostředkování se řídí základními zásadami ucelené rehabilitace, tzn. včasnost, dostupnost, návaznost, komplexnost, koordinovanost.

Koordinátor se musí dobře orientovat v problematice a v nabídce služeb ve spádové oblasti. Úkolem je zabývat se komplikovanými problémy vyplývajícími z postižení v celé jeho šíři.

Případové vedení, jak popisuje Havránková (In Metody a řízení sociální práce, 2003), se zabývá řešením takových problémů, které klienta spoutávají a omezují v optimálním využívání jeho vnitřních i vnějších možností. Některé problémy vyplývají z postižení, jiné z prostředí, další jsou mezilidské. Případové vedení se vyznačuje následujícími **znaky**:

- podpora je „šitá na míru“ (vychází se z individuálních potřeb, nikoliv z nabídky služeb)
- zprostředkování kontaktů, rehabilitační péče a služeb a následné zapojování do vhodných služeb
- je flexibilní, dlouhodobé
- podpora je poskytována v terénu, intenzita služby vychází vstříc individuálním potřebám
- součástí je kontaktování i těch jedinců, s nimiž je spolupráce problematictější, aktivní vyhledávání

D) Depistáž

Depistáž znamená **vyhledávání osob se ZP v terénu**. Smyslem tohoto vyhledávání je, aby se co nejméně osob se ZP dostalo mimo celý sociální systém a tedy i ucelenou rehabilitaci. Cílem rehabilitace je, jak bylo popsáno

¹⁴ Termín lze také chápat jako specifickou případovou práci

v úvodní kapitole, integrace osob se ZP ve společnosti, nikoliv jejich vyčlenění. A proto je depistáž důležitým nástrojem proti tomuto jevu.

V rámci spádové oblasti bude mít koordinátor vytvořenou síť všech spolupracujících subjektů, které může pravidelně osobně navštěvovat.

E) Koordinační činnost

Koordinační činnosti se řídí stejným postupem, který jsem již popsala v kapitole o krajském koordinátorovi.

Cílem je vytvořit a rozvíjet takovou spolupráci, která povede k včasnému předávání informací, kooperující atmosféře a snaze nalézt řešení individuálních problémů. Síťování v této činnosti patří k nejdůležitější metodě. Je důležité, aby koordinátor oslovil všechny subjekty ve spádové oblasti a navázal s nimi úzkou spolupráci. Jedná se konkrétně o ty, kteří poskytují jednotlivé oblasti ucelené rehabilitace a to:

- Úřad práce
- Zdravotnická zařízení
- Poskytovatelé sociální rehabilitace
- Poskytovatelé pedagogické rehabilitace

Spolupráce se zdravotnickými zařízeními je poměrně komplikovaná, neboť *„resortismus, který existuje, s přísným vyhraněním kompetencí (dokonce s odlišným pohledem na problematiku rehabilitace) má negativní vliv na celý průběh.“* (Šťastný, 2006)

Právě návaznost léčebné rehabilitace na další oblasti je tou nejdůležitější částí procesu. Zdravotnické zařízení stanoví diagnózu, zachrání život, provede základní nezbytnou terapii. Ale u pacientů, u kterých je zřejmé, že onemocnění nebo úraz zanechá dlouhotrvající nebo trvalé následky, tuto skutečnost neřeší a nezohlední potřebu odborného posouzení jak léčebné, tak ani ucelené rehabilitace (Votava, 2005).

Z tohoto důvodu je navázání spolupráce s místními zdravotnickými zařízeními velice důležitá. Je nutné vytvořit takové podmínky a „dobré vztahy“, aby byla spolupráce výhodná jak pro pacienta, tak i pro další strany. Záleží

tedy na postupu práce koordinátora (a také na metodickém vedení), který zvolí pro tuto činnost. Je vhodné zpočátku tato zařízení pravidelně navštěvovat a vytvářet tak osobní vztahy. Je dobré najít klíčového pracovníka zařízení, který bude s koordinátorem v kontaktu a který bude zajišťovat předávání informací. Informativní činnost je zde také velice žádoucí (rozdávání informačních letáků, kontakty na další zařízení apod).

Mezi poskytovatele pedagogické rehabilitace lze zařadit speciálně pedagogická centra, pedagogicko psychologické poradny, speciální školy atd. I zde je nutné vytvořit prostor pro efektivní spolupráci.

Oblast sociální a pracovní rehabilitace je ze všech oblastí nejvíce vydefinována, zákonem jsou stanoveny základní činnosti, kompetence, postupy práce apod. Spolupráce na tomto poli z těchto důvodů snad tolik komplikovaná nebude.

V rámci koordinace je významná spolupráce s koordinátory jak na úrovni obecních úřadů, tak i s koordinátorem na kraji (více v předcházející kapitole).

F) Sledování a vyhodnocování průběhu rehabilitace

Tato činnost je podrobně popsána u koordinátora na úrovni kraje. Zjišťování statistických údajů o průběhu rehabilitace, o osobách se ZP je velmi podstatné, protože tyto údaje se nesledují a tudíž nejsou známy.

Všeobecně se uvádí, že počet osob se ZP tvoří 10% z celkové populace (Votava, 2000). Tento údaj je však natolik nepřesný a téměř nevyužitelný pro zkvalitňování péče, služeb a legislativy pro osoby se ZP, že je velice nutné tato data sbírat.

3. PŘEDPOKLADY PRO VÝKON

Úplně nejobecnějším předpokladem pro výkon funkce koordinátora jsou požadavky na bezúhonnost, způsobilost k právním úkonům a zdravotní způsobilost.

Každý pracovník, pracující se skupinou osob ohroženou sociálním vyloučením, uplatňuje ve styku s jedincem nejen své profesní znalosti, ale také lidský a etický přístup k osobnosti postiženého. V první řadě je podle Votavy (2000) důležité, aby koordinátor „*získal důvěru a byl osobě se ZP rádčem a pomocníkem při řešení problému.*“ Měl by splňovat určité osobnostní předpoklady pro práci v sociální oblasti a měl by ovládat určité minimum sociálních znalostí a dovedností. K těmto minimálním požadavkům se zpravidla zařazuje laskavost, ochota, ohleduplnost, dovednost komunikovat adekvátně potřebám dané cílové skupiny, respekt k důstojnosti a bezpečí, zachování mlčenlivosti, orientace v cílech a metodách oblastí ucelené rehabilitace a v síti spolupracujících služeb (VÚPSV, 2001). Každý pracovník, který službu vykonává, dále potřebuje nespécifické dovednosti poradenství, krizové a kontaktní práce. Podle typu cílové skupiny pak pracovník potřebuje mít znalosti o této skupině a jejich specifických potřebách, případně další dovednosti.

Součástí profesní způsobilosti je schopnost zhodnotit vlastní práci, její kontext, realisticky vyhodnotit své možnosti i potřeby, motivy, silné a slabé stránky, které se do práce pochopitelně promítají. Je důležité znát sám sebe a bezvýhradně přijímat svou osobnost.

Výkon pomáhající profese je obecně náročný. Koordinátor je při své práci konfrontován s náročnou životní situací osoby se ZP a jsou na něj kladeny zvýšené nároky a velká očekávání (např. na vyřešení situace apod).

Sociální práce je velice rozmanitý obor, který reaguje na potřeby a problematické oblasti společnosti. Každá cílová skupina, která je středem pozornosti jednotlivého oboru sociální práce, vyžaduje specifický přístup. A nejinak je to u osob se ZP. Je třeba si uvědomit, že i tato skupina osob má své zvláštnosti, které je nutno respektovat. Zvláště u osob, které své postižení

získaly během života, je třeba počítat s negativními reakcemi na okolí, zatrpklostí, bezmocností, nezájmem, agresivitou.

Řešení dopadu zdravotního postižení na život jedince není jen v poskytnutí kompenzačních pomůcek a dávek sociálního zabezpečení. Bylo by chybou se na problematiku dívat jen tímto zúženým pohledem. Zdravotní postižení má dopad nejen na zdravotní stránku jedince, ale také na společenskou, pracovní, mezilidskou apod.

Je tedy zřejmé, že práce s osobou se ZP má rozměr sociální, psychologický, právní, ekonomický, pedagogický i léčebný. Konkrétní činnost závisí na osobě poradce, jeho kompetenci, pracovním zařazení a na charakteru instituce, která jeho činnost zastřešuje. Proto je nutné, aby každý pracovník znal a plně využíval své profesní možnosti a zároveň aby dokázal efektivně spolupracovat s kolegy z jiných institucí a různých resortů.

3.1. Kvalifikační a osobnostní předpoklady

Koordinátor je sociální pracovník, jehož cílovou skupinou jsou osoby se ZP a předmětem práce jsou jejich náročné životní situace. Na koordinátora budou kladeny vysoké nároky na zvládání těchto situací a i on je vystaven rizikům vycházejícím z tohoto povolání (například syndrom vyhoření).

Mezi obecné předpoklady a dovednosti koordinátora lze zařadit zdatnost, inteligence, komunikační dovednosti, důvěryhodnost (Matoušek, 2003).

Jak už jsem uvedla v předcházející kapitole, koordinátor vykonává několik specializovaných činností. Některé z nich jsou hlavními, na jiných se jen zčásti podílí či spolupracuje. Všechny lze shrnout následovně:

- sociální a odborné poradenství
- mapování situace
- koordinační činnost
- koncepční činnost
- tvorba sítě
- případové vedení
- depistáž
- zpracovávání dat

- o komunitní plánování

Poskytování poradenství je speciální metoda sociální práce a klade na osobu vykonávající tuto činnost značné nároky.

Koordinátor v roli poradce, kterou popisuje Hartl (In Metody a řízení sociální práce, 2003), musí být otevřený a musí prokázat vlastnosti, vycházející z Rogersovského přístupu:

- o pozitivní vztah ke svým klientům, a to bez jakýchkoliv podmínek,
- o přijímá klienty jako cenné osoby bez ohledu na to, kým jsou, co říkají nebo co dělají
- o shody (kongruence) mezi verbálními a neverbálními projevy
- o upřímnost, která je základem jeho poctivosti a srdečnosti
- o empatii

Osobnost pracovníka hraje v poradenské procesu velmi důležitou roli. Některé vlastnosti, které by se měly u osobnosti poradce vyskytovat, jsou vrozené (jako například dostatečná inteligence, životní energie, přirozený optimismus, otevřenost) a jiné jsou osvojené v průběhu života (například stupnice hodnot, životní zralost, vnitřní poctivost, respekt pro lidská práva, snaha pomáhat druhým). Koordinátor musí být schopen velmi dobře komunikovat, a to verbálně i neverbálně.

Mezi etické zásady práce v poradenství patří (Novosad, 2000):

- o kritičnost k oboru i k vlastní osobě, schopnost sebereflexe
- o obětavost pod kontrolou
- o odborný zájem ve vztahu k osobnímu zájmu člověka s postižením
- o zabezpečení citových potřeb poradce – koordinátora a zároveň ochrana klienta
- o kolegiálnost
- o otevřenost
- o respekt k důvěrnosti informací a údajů

V rámci ostatních činností jsou žádoucí takové vlastnosti a dovednosti, které podporují samostatnou práci, individuální přístup, orientaci ve

společenském prostředí, komunikaci na různých úrovních, koncepční a analytické myšlení, aktivní přístup, kreativitu apod.

Má-li koordinátor prezentovat svou činnost a výsledky práce na veřejnosti, komunikovat s médii a se zástupci místní samosprávy, měl by také dbát na své celkové vystupování. „Přitažlivost“ také patří mezi předpoklady pro práci v sociální oblasti a mj. zahrnuje jak fyzický vzhled, tak i styl oblékání a chování (Matoušek, 2003).

Pomáhat druhým je těžká a vysilující práce, a proto se také předpokládá, že pracovník – koordinátor má respekt ke svému tělu, zná své fyzické a psychické hranice, umí odpočívat a odreagovat se.

Pro usnadnění práce je výhodná znalost práce na osobním počítači a obsluha technického vybavení.

Aby si koordinátor počínal odborně a dosahoval úspěchů ve své práci, musí mít solidní teoretické vzdělání a vědět, jak své teoretické poznatky uplatňovat v praxi. Podle Hartla (in *Metody a řízení sociální práce*, 2003) souvisí odbornost v pomáhajících profesích i s vírou osoby se ZP v to, že koordinátor má informace, znalosti a dovednosti, jak dané problémy zvládnout a žít méně strastiplný život.

Teoretické vědomosti zahrnují všeobecnou znalost psychologie, metod sociální práce, sociologie, práva, sociální politiky. Absolvent studijního oboru splňujícího standardy vzdělávání v sociální práci je nejlépe připraven pro většinu činností v sociální oblasti, protože jeho příprava zahrnuje práci s jednotlivcem, skupinou, rodinou i komunitou, znalosti ze speciálních oborů a dále etiku, dovednosti komunikovat, organizovat, vést aj. (VÚPSV, 2001). Absolventi magisterského studia mají větší předpoklady pro funkci vedoucích větších organizací, metodiků, specialistů, pro vytváření sociálních koncepcí a komunitního plánování, pro výzkum a pro práci inspektora sociálních služeb.

To, že bude koordinátor vykonávat mnoho rozmanitých činností, může vyvolat dojem, že typ vzdělání (obor) nehraje zas tak důležitou roli. Ovšem není tomu tak. Nesmíme zapomenout na to, že jednou ze stěžejních činností bude poskytování základního a odborného poradenství. Vedle toho musí být schopen se orientovat ve specializovaných metodách. Proto zastávám názor,

že koordinátor by měl mít vzdělání v oborech zaměřených na sociální práci, sociální pedagogiku, sociálně právní nebo charitní práci.

Je otázkou času, zda se tato velká kumulace činností (a tím pádem požadavků) na jednu osobu nerozmělní a na koordinaci ucelené rehabilitace bude pracovat více pracovníků.

3.2. Materiální a technické zabezpečení

Pro výkon funkce koordinátora je důležité nejen to, co on sám může své práci nabídnout, ale také podmínky, za kterých tuto práci bude vykonávat.

Koordinátor, začleněný do struktury krajského a obecního úřadu, potřebuje pracovní prostor a běžné technické vybavení, které má každý pracovník k dispozici.

V rámci projektu, jehož cílem je tuto novou funkci zavést, se počítá i s materiálním a technickým zabezpečením. MPSV se předběžně zavázalo, že se z projektu budou hradit všechny náklady spojené s pořízováním technického vybavení, náklady spojené s výkonem a mzda. Záměrem je zřídit novou funkci, podílet se na zlepšení situace osob se ZP a to bez zbytečné zátěže pro úřad.

Vedoucí úředníci sociálních odborů se v rámci dotazníku mohli vyjádřit k tomu, co vše by potřebovali zajistit. To, jaké požadavky a představy měli je popsáno v praktické části.

S materiálním zajištěním souvisí i výplata mzdy. V této chvíli není nikde stanoveno, podle jakých měřítek bude práce koordinátora ohodnocena. Jedním z používaných způsobů pracovního zařazování je, že čím více znalostí a zkušeností pracovník k výkonu práce potřebuje, tím dosahuje vyššího stupně zařazení. Pracovní postup závisí jednak na úrovni dosaženého vzdělání, jednak na dalším vzdělávání a délce praxe.

Na téma kvalifikace a kvalifikačních předpokladů pro výkon pracovníka v sociálních službách udělal podrobnou studii Výzkumný ústav práce a sociálních věcí (dále jen VÚPSV) v roce 2001.¹⁵ V příloze č. 4 je tabulka s návrhem na jednotnou strukturu pracovníků včetně navržené platové třídy v katalogu prací.

¹⁵ Profesní struktura a kvalifikační předpoklady pracovníka v sociálních službách, VÚPSV, 2001

3.3. Legislativní postavení

Koordinátor ucelené rehabilitace nemá v současné době v právních předpisech žádnou oporu, a proto je jeho zavedení a ještě více fungování touto skutečností ztíženo. Neexistence právní normy vedla MPSV k tomu, že se rozhodlo pro plnění úkolu vyplývajícího z usnesení vlády, řešit pilotním projektem, jehož účast je dobrovolná. Domnívám se, že volba řešení byla správná, protože je mnohem efektivnější při formulování právní úpravy vycházet z praktických zkušeností a z opravdových výsledků než jen z teorie. A jak se ukázalo i z množství úřadů, kteří se chtějí projektu zúčastnit, potřeba koordinace ucelené rehabilitace existuje.

Otázka spojená s fungováním koordinátora je za současných podmínek ovšem složitější, neboť jde především o kompetence¹⁶, které v tuto chvíli koordinátor nemá. Proto celá jeho činnost (vyjma poradenství, které může vykonávat samostatně) bude spočívat na ochotě ostatních subjektů spolupracovat. Podle mého názoru bude nejproblematictější oblastí spolupráce mezi koordinátorem a zdravotnickým zařízením (ošetřujícím lékařem apod.), protože se jeho aktivity mohou jevit jako zasahování do kompetencí resortu MZ. Ovšem zde bude záležet na osobnosti koordinátora a na tom, jaký přístupu a komunikaci se zdravotnickým zařízením zvolí. Osobně si myslím, že tato spolupráce je v problematice osob se ZP klíčová, protože nelze zdravotnické služby oddělovat od ostatních, zvláště u komplikovaných zdravotních stavů.

Krajské a obecní úřady vykonávají vedle své samosprávy ještě i přenesenou státní správu. Koordinátor bude působit v přenesené působnosti, neboť záměrem projektu je i jednotné metodické vedení všech koordinátorů. Z tohoto důvodu není vhodné koordinátora zařadit do samostatné působnosti kraje či obce.

¹⁶ kompetence označují rozsah působnosti, souhrn oprávnění a povinností, které jsou koordinátorovi svěřeny k výkonu práce

3.4. Návrhy na profesionální přípravu koordinátorů

Na základě *doporučení Rady Evropy*¹⁷ (dále jen Doporučení) byly stanoveny principy pro vzdělávání lidí zapojených do rehabilitačního procesu a do procesu sociální integrace osob se ZP. Pro všechny, kteří se chtějí přímo či nepřímo profesionálně angažovat v oblasti rehabilitace a integrace osob se ZP, by mělo být zajištěno adekvátní vzdělávání, které by mělo zahrnovat:

- o všeobecné vzdělávání
- o dodatkové, specializované na určitou oblast
- o specializované tréninky

V rámci vzdělávání by měl být dán důraz na následující aspekty:

- začlenění týmové práce (adaptace na ni)
- začlenění komunikačních technik a metod učení
- informace týkající se povahy postižení, jejich důsledků a úlohy rehabilitace
- aktivní úloha osob se ZP v rehabilitačním procesu

Vzdělávání by mělo být dále rozšířeno na:

- další vzdělávání a trénink přímo v procesu služeb
- vzdělávání v oblasti techniky a technologických novinek
- informace o pomůckách přispívajících k rehabilitaci a integraci

K tomu, aby se zabezpečilo chápání rehabilitace jako návazného a koordinovaného procesu, je dle doporučení zapotřebí vést tréninkové kurzy podle těch samých kritérií jako rehabilitační programy pro osoby se ZP. Dále musí existovat velmi úzká spolupráce mezi různými odborníky, organizacemi pomáhajícími v procesu zaměstnávání, veřejnými a soukromými organizacemi působícími na poli sociální a pracovní rehabilitace. Spolupráce mezi zaměstnanci, úřady, institucemi a neziskovými organizacemi by měla být podněcována na národní, regionální a i místní úrovni. V rámci dalšího

¹⁷ Doporučení č.R(92)6 Výboru ministrů Rady Evropy (2003:56)

vzdělávání by měli být podporovány výměny těchto pracovníků mezi členskými státy s cílem rozšířit poznatky o nových metodách a technikách.

Profesionální příprava na výkon koordinátora může na základě tohoto doporučení vypadat následovně:

I. všeobecné vzdělávání

metody sociální práce

poradenství

zákon o sociálních službách, zákon o zaměstnanosti aj.

síťování

mapování potřeb klientů a poskytovatelů

metody vyhodnocování výsledků

supervize

komunitní plánování

II. dodatečné, specializované na určitou oblast

system ucelené rehabilitace

metody jednotlivých oblastí rehabilitace

dávky státní sociální podpory

příspěvek na péči

dávky sociální péče

řešení architektonických bariér

kompenzační a technické pomůcky osob se ZP

příklady dobré praxe

práce s rodinou

III. specializované tréninky

komunikační technika

případové vedení

asertivita

duševní hygiena

sebezkušenostní tréninky

práce v týmu

4. PRAKTICKÁ ČÁST

4.1. Zadání výzkumu

V průběhu května 2007 oslovilo MPSV dopisem všechny krajské úřady a obecní úřady obcí s rozšířenou působností, resp. vedoucí odborů spravujících sociální agendu na těchto úřadech, s nabídkou účasti v pilotním celorepublikovém projektu ***Koordinace poskytování ucelené rehabilitace osobám se zdravotním postižením na úrovni krajů a obcí¹⁸***.

Obecným cílem tohoto projektu je v zapojených krajích a obcích (v sídlech bývalých okresů) koordinovat všechny oblasti rehabilitace a aktivity subjektů a odborníků působících v této sféře tak, aby se osobě se ZP dostala v čas a v dostatečné míře odpovídající pomoc a služby vedoucí k sociálnímu začlenění. Základem tohoto působení bude nově zřízená funkce koordinátora ucelené rehabilitace, který bude svou činností podporovat aktivity směřující k integraci osob se ZP do společnosti. Popis jednotlivých činností je rozebrán v kapitole 2.3.

Očekávaným výsledkem projektu bude propojení všech oblastí rehabilitace, které usnadní osobě se ZP orientaci při řešení své nepříznivé životní situace, efektivnější využívání prostředků a nástrojů vedoucích ke zvýšené kvalitě jejich života.

Uvedený projekt zpracovává odbor sociálních služeb MPSV, v jehož kompetenci je i provádění sociální rehabilitace. Finanční zajištění projektu, mzda koordinátora a náklady spojené s výkonem funkce budou hrazeny z Evropského sociálního fondu (dále jen ESF). Vzhledem k tomu, že se jedná o novou pracovní pozici, kterou by měl úřad na žádost MPSV začlenit do své struktury a která není právně zakotvena, je účast v projektu pro všechny oslovené dobrovolná a je tudíž velkou snahou MPSV zajistit takové podmínky, aby úřadům vznikly co nejmenší starosti a náklady s tím spojené. Otázka financování se na základě výsledků dotazníků ukázalo jako výraznou podmínkou pro účast v projektu.

¹⁸ Projekt vznikl na základě usnesení vlády č. 651 ze dne 31.května 2006, které v bodu II. 1.písm.b) ukládá místopředsedovi vlády a ministroví práce a sociálních věcí vytvořit poradenskou základnu pro podporu poskytování ucelené rehabilitace.

4.2. Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit, za jakých podmínek by bylo pro krajské a obecní úřady jednodušší zřídit funkci koordinátora. Vymezení těchto podmínek je velice potřebné pro fungování celého projektu, neboť vyjasněním a následným naplněním vzájemných požadavků se nastaví optimální podmínky pro realizaci potřebných aktivit. Od zapojených úřadů se bude očekávat aktivní přístup k řešení problematiky, proto vyjít vstříc jejich podmínkám, které jsou nutné pro zavedení funkce koordinátora, by bylo žádoucí.

Protože se problematika ucelené rehabilitace pomalu dostává do podvědomí veřejnosti, zajímalo mě také, jak problémy jsou vlastně vnímány ze strany vedoucích úředníků sociálních odborů krajských a obecních úřadů. Této tématice byly věnovány dvě poslední otevřené otázky v dotazníku, kde všichni oslovení mohli vyjádřit svůj názor.

Velkým přínosem tohoto výzkumu je, že v rámci realizace průběhu by se tyto podmínky nezjišťovaly. A tak doufám, že výsledky budou užitečné pro samotnou praxi.

4.3. Oslovení respondenti

Vzhledem ke znění úkolu byli osloveni všichni vedoucí sociálních odborů krajských a obecních úřadů obcí s rozšířenou působností. Obecní úřady byly osloveny jen ty, které měly zároveň sídlo v bývalých okresech. Toto kritérium se zvolilo z důvodu, že v bývalých okresech má sídlo i úřad práce. Tím je v každé obci zapojené do projektu zajištěna přítomnost úřadu práce jako nositele pracovní rehabilitace. V dalším textu (analýza dat) se budu zkráceně o obecních úřadech v obcích s rozšířenou působností vyjadřovat jen jako o obecních úřadech. A pro zjednodušení nebudu používat pojmenování vedoucí odboru sociálních věcí obecního nebo krajského úřadu, ale budu psát jen obecní nebo krajský úřad. Hlavní město Praha a jednotlivé městské části byly touto nabídkou také osloveny. Městské části jsou ve výsledcích zahrnuty pod obecní úřady, magistrát hlavního města Praha je pod krajskými úřady. Hlavní město Praha svou účast v projektu přislíbilo. V rámci financování z ESF však

spadá do jiné kategorie než krajská města a obce, a proto musí podávat projekty samostatně. Stejná situace je i v tomto případě. MPSV podle pravidel financování z ESF podá projekt za všechny krajské a obecní úřady, vyjma Hlavního města Prahy. Následně pak magistrát podá, za spolupráce s MPSV, projekt sám za sebe.

Celkem tedy bylo dopisem spolu se všemi přílohami osloveno všech 14 krajských úřadů a dále 70 úřadů obecních. Následující tabulka shrnuje základní údaje o odpovědích na projekt a případné vyjádření k účasti či nikoliv.

Tabulka č.1 – Základní informace

Základní souhrnné informace			%	%
	Kraj	Obec	Kraj	Obec
osloveno	14	70	100%	100%
odpovědělo	12	65	86%	93%
neodpovědělo	2	5	14%	7%
zájem účastnit se	9	47	75% z 12	72% z 65
účast jen s podmínkou finančního zajištění	1	10	11% z 9	21% z 47
není zájem o účast	1	12	8% z 12	19% z 65
jasně se nevyjádřilo	2	6	17% z 12	9% z 65

% zaokrouhleno na celá čísla

Na úvodní dopis odpověděla téměř většina (86% krajských a 93% obecních úřadů), což pro mě bylo překvapující zjištění. Také ohlas na účast v projektu byl veliký (75% krajských a 72% obecních úřadů). Z písemných reakcí k celému projektu, které přišly spolu s vyplněnými dotazníky, lze například citovat: „*považujeme připravovaný projekt jako vítaný krok ke zlepšení a zefektivnění péče o tuto cílovou skupinu*“, „*z dosavadních našich aktivit víme, jak velmi chybí koordinovaný komplexní přístup všech zúčastněných osob i institucí při integraci občanů se ZP do běžného života*“, „*máme eminentní zájem být zařazeni v síti koordinátorů v rámci projektu, v případě potřeby jsme ochotni se podílet jako partneři i na přípravných krocích*“, „*v rámci komunitního plánování jsme zjistili, že oblast koordinace není pokryta, vítáme iniciativu MPSV.*“

Téměř čtvrtina obecních úřadů svou účast v projektu přislíbila jen za podmínky úplného finančního zajištění (21% ze 47 přihlášených obcí). Stejný postoj vůči finančnímu pokrytí mělo u krajských úřadů jen 11% (z celkem 9 přihlášených krajů). Tato podmínka je poměrně pochopitelná. Funkce

koordinátora znamená pro úřady navýšení výdajů na výkon státní správy v přenesené působnosti, se kterou dopředu nepočítaly. Úřady mají na každý rok určitý rozpočet pro výkon státní správy a další nové a nepředvídané výdaje jsou pro ně zatěžující. O nové pracovní pozici rozhoduje rada města, tedy nikoliv úřad. Tuto situaci dokreslují následující vyjádření od zástupců úřadů: „nástin projektu nás zaujal, můžeme jen doufat, že stejné pochopení budou mít i orgány samosprávy, neboť ty rozhodují o navyšování počtu pracovníků“, „nemohu připojit informaci, zda se město má nebo nemá zájem zapojit do projektu, toto rozhodnutí mohou učinit jen volení představitelé“, „vaši nabídku jsem předložil radě města, která odsouhlasila spolupráci našeho odboru sociálních služeb a zdravotnictví na tomto projektu“, „zřízení funkce koordinátora považuji za užitečné, názor rady měst však může být jiný“.

Telefonické hovory a písemné dotazy se nejvíce dotýkaly finančního zajištění projektu. Jako příklady uvádím: „vedení města přistoupí na rozšíření počtu pracovníků jen, pokud bude zřízení místa financováno“ nebo „máme zájem o účast jen za předpokladu, že bude ze strany MPSV zajištěno plné financování“.

K neúčasti na projektu se přihlásil celkem 1 krajský úřad a 12 obecních úřadů. Mezi nejčastěji uvedený důvod patřilo, že zřízení této funkce nepovažují za důležité: „my máme ve městě poradnu pro zdravotně postižené, dva poskytovatele a ty o sobě ví, informovanost máme zajištěnou ... komunitní plánování stejně neděláme“, „tuto činnost lze zajistit při vyplácení příspěvku na péči“. Hned za ním byly názory, že koordinátor by měl být zařazen do jiného úřadu (např. úřadu práce, České správy sociálního zabezpečení), že se nejedná o prioritní problém, který se právě řeší a nebo že o novém místě rozhoduje rada města.

Z počátku byly reakce na účast protichůdné. Domnívala jsem se, že důvody uvedené k neúčasti jsou natolik závažné, že budou všeobecně platit pro všechny oslovené řady. Ovšem počáteční obava z převažujícího počtu nezapojených úřadů se během krátké doby rozplynula. Jasně se ukázalo, že skutečnost taková není. Musím zde poznamenat, že to, co některý úřad (vedoucí sociálního odboru) vidí za výrazný problém, další tak nevidí (a těch bylo podle celkového počtu více). Všem byly nabídnuty stejné podmínky a

zatímco se většina vedoucích odborů jednoznačně vyjádřila pro účast, aniž by například řešila schválení nového místa radou města, jiní (výrazně nižší počet) tento důvod uvedli jako hlavní.

V navracených odpovědích byly také ty, které se k projektu jasně nevyjádřily. Avšak i tak obsahovaly názory vedoucích sociálních odborů na projekt jako takový a na problematiku zdravotně postižených osob obecně, jako například: „*funkce koordinátora není z našeho pohledu důležitá*“, „*o zřízení nové pracovní pozice rozhoduje rada města.*“

Na základě těchto neurčitých odpovědí se MPSV rozhodlo, že vytvoří seznam všech nezapojených úřadů, které bude o průběhu projektu a jeho výsledcích pravidelně informovat.

4.4. Metoda sběru dat

Protože jsem oslovovala velký počet úřadů (14 krajských a 70 obecních), vybrala jsem si za metodu sběru dat dotazník. Tato volba se mi při výzkumu osvědčila, neboť jsem získala velké množství dat za poměrně krátkou dobu. Také z hlediska časové náročnosti byla volba dotazníku nejvhodnější.

V úvodním dopise, který byl rozeslán všem úřadům byl přiložen stručný nástin projektu, charakteristika pracovní činnosti, kterou by měl koordinátor vykonávat a dotazník (viz příloha č. 5), jehož výsledky jsou předmětem této praktické části. Vedoucí sociálních odborů jednotlivých úřadů tímto dopisem získali základní informace, které v té době byly relevantní a měli i čas (30 dní) na promyšlení a prodiskutování nabídky s představiteli města.

4.5. Analýza dat

Dotazník se celkem tedy skládá z 10 otázek, přičemž poslední tři otázky jsou otevřené a byly určeny pro vyjádření vlastního názoru k dané problematice. Všechny odpovědi z dotazníků jsem zaznamenala do datového souboru a zde prezentuji již jen přehlednější a jednodušší tabulky rozdělené podle jednotlivých otázek. Odpovědi jsou vyjádřeny v procentech a jsou zaokrouhlena na celá čísla.

Oslovení vedoucí sociálních odborů se mohli k otázkám libovolně vyjádřit. K jednotlivým otázkám jsem přiřadila i upřesňující podotázky, které měly více specifikovat danou oblast. Nikde nebylo dáno, jakým způsobem a kolik otázek jsou povinni označit. Z tohoto důvodu se tedy stávalo, že u dotazníků nebyly vyplněny všechny podotázky.

V následujících tabulkách jsou uvedeny všechny údaje, které jsem měla díky vyplněným dotazníkům k dispozici.

Tabulka č.2 – Otázka č.1

Otázka č.1	odpověď	kraj	obec
Domníváte se, že pro koordinátora potřebujete:			
1. vytvořit zcela nový prostor (novou místnost)	ano	73%	71%
	ne	9%	16%
	bez odpovědi	18%	13%
1.1. je v možnostech úřadu ho bez finanční podpory vytvořit	ano	0%	3%
	ne	36%	53%
	bez odpovědi	64%	44%
1.2. potřebujete částečnou finanční podporu	ano	9%	19%
	ne	36%	23%
	bez odpovědi	55%	58%
1.3. potřebujete úplnou finanční podporu	ano	64%	60%
	ne	0%	5%
	bez odpovědi	36%	35%
2. využijete stávající možnosti, s drobnými úpravami	ano	9%	26%
	ne	9%	19%
	bez odpovědi	82%	55%
3. jiné		9%	5%

Téměř většina (73% krajských a 71% obecních úřadů) potřebuje vytvořit pro koordinátora zcela nový prostor (novou místnost). Co se týče finančního zajištění při vytváření tohoto prostoru, dalo se dopředu očekávat, že bude více těch, kteří budou chtít plnou finanční podporu. Výsledky z dotazníku toto očekávání potvrzují. Úplnou finanční podporu potřebuje 64% krajských a 60% obecních úřadů, oproti 9% krajských a 19% obecních úřadů, kterým stačí finanční podpora částečná. Pouze 3% obecních úřadů je schopno vytvořit prostor pro koordinátora z vlastních zdrojů (k této variantě se nepřihlásil ani jeden z krajských úřadů).

Skutečná potřeba se od těchto údajů může lišit, ale to tímto dotazníkem nelze zjistit.

Zajímavý rozdíl je u otázky č.2, kde je mnohem více obecních úřadů než krajských, kteří mohou pro koordinátora využít stávající možnosti. Poměrně velké procento úřadů na tuto otázky vůbec neodpovědělo.

Tabulka č.3 – Otázka č.2

Otázka č.2 Očekáváte, že s výkonem funkce budete potřebovat:	odpověď	kraj	obec
1. nové technické vybavení	ano	82%	84%
	ne	0%	8%
	bez odpovědi	18%	8%
1.1. potřebujete nový počítač	ano	82%	85%
	ne	0%	3%
	bez odpovědi	18%	11%
1.2. potřebujete ostatní techniku (tiskárna, kopírka)	ano	64%	81%
	ne	9%	6%
	bez odpovědi	27%	13%
1.3. jiné		18%	24%
2. technické vybavení využijete stávající, nepotřebujete nic nového	ano	0%	3%
	ne	18%	39%
	bez odpovědi	82%	58%

I u této otázky byla velká pravděpodobnost, že respondenti odpoví v kladném smyslu a využijí tuto otázku jako nabídku k vlastnímu zabezpečení. Přesto bylo položení této otázky a zjištění potřeb důležité, neboť k základním pracovním pomůckám koordinátora bude pochopitelně patřit i osobní počítač a jiné technické vybavení.

Pro nové technické vybavení se tedy vyslovilo 82% krajských a 84% obecních úřadů, nepotřebuje je jen 8% obecních úřadů. Tedy opět minimum úřadů odpovědělo, že by nové technické vybavení nepotřebovalo. Nový osobní počítač potřebuje 82% krajských a 85% obecních úřadů. U podotázky 1.2. je již větší rozdíl mezi kraji a obcemi (64% a 81%). Z toho lze usuzovat, že kraje jsou možná touto technikou lépe vybaveni než obce. V bodě jiné bylo například uvedeno auto, mobilní telefon, fotoaparát, scanner, fax, hrazení cestovních nákladů. Položky týkající se dopravy by, podle mého, měly být do celkových nákladů zahrnuty. Od koordinátora se bude očekávat cestování po poskytovatelích, kteří nemusí být v dostupnosti městské dopravy. A dále se od něj očekává aktivní vyhledávání osob, proto by měl mít možnost nezávislejšího

pohybu. Ostatní technika (scanner, fotoaparát) není dle mého názoru tak nutná. Ani běžný pracovník úřadu nemá některé technické věci jen sám pro sebe.

U poslední otázky neodpovědělo poměrně velké množství respondentů. Domnívám se, že neodpověděli proto, že již odpověděli na první otázku a tato se jim již zdála nadbytečná.

Tabulka č.4 – Otázka č.3

Otázka č.3 Domníváte se, že pro zřízení této funkce potřebujete:	odpověď	kraj	obec
1. přimout nového zaměstnance	ano	73%	81%
	ne	9%	8%
	bez odpovědi	18%	11%
2. nebudete vůbec přijímat nového zaměstnance	ano	0%	5%
	ne	27%	24%
	bez odpovědi	73%	71%
3. jiné		9%	10%

Z tabulky jasně vyplývá, že většina oslovených úřadů by radši chtěla přijmout nového pracovníka (73% krajských a 81% obecních úřadů). Pro nepřijetí se vyjádřilo 9% krajských a 8% obecních úřadů.

Velké procento respondentů na podotázku č.2 neodpovědělo (73% a 71%). I v tomto případě asi půjde o to, že ti, kteří odpověděli na první otázku, neměli zájem již odpovídat dál.

V podotázce č.3 bylo například uvedeno: „nemáme personální rezervy na výkon této funkce“, „to, jestli přijmeme nového zaměstnance závisí na personální situaci“, „závisí na tom, jak budou nastaveny osobnostní a kvalifikační požadavky.“

Tabulka č.5 – Otázka č.4

Otázka č.4 Domníváte se, že bude pro Váš úřad potřebné metodické vedení ?	odpověď	kraj	obec
1. budete potřebovat stálé metodické vedení	ano	45%	44%
	ne	9%	16%
	bez odpovědi	45%	40%
2. uvítáte metodické vedení přizpůsobené vašim potřebám	ano	55%	60%
	ne	0%	6%
	bez odpovědi	45%	34%
3. nepotřebujete metodické vedení vůbec	ano	9%	15%
	ne	9%	11%
	bez odpovědi	82%	74%

Z odpovědí na tuto otázku je patrné, že je metodické vedení vnímáno jako potřebné. Pro stálé vedení je 45% krajských a 44% obecních úřadů. Metodické vedení uzpůsobené potřebám úřadu uvítá 55% krajských a 60% obecních úřadů. Hodnoty těchto čísel nejsou od sebe tak vzdálené, což je pro mě překvapující. Na základě současných tendencí o rozšiřování samostatné působnosti jednotlivých krajů a obcí jsem se domnívala, že stálé metodické vedení nebude moc „populární“. Ukázalo se však, že tomu tak není. Úřady měly možnost svou odpověď odůvodnit a zde jsou některé úryvky: „*je důležitý jednotný postup*“, „*metodické vedení je důležité při řešení sporných problémů*“, „*důležité při předávání informací*“, „*ve formě konzultací při řešení problematických situací, dále je nutná koordinace a komunikace*“, „*metodika bude potřebná zvláště z počátku projektu*“, „*je nutné vymezit roli koordinátora v systému, jeho činnosti, kompetence a také očekávané výstupy.*“

Bylo velmi zajímavé, že některé úřady uvedly jako součást metodiky i supervizi. To vnímám jako velice pozitivní zprávu, neboť metoda supervize na úřadech moc obvyklá není. A dále někteří zástupci úřadů upřímně napsali, že jejich zaměstnanci nemají zkušenosti s prováděním jak funkce koordinátora, tak ani s některými oblastmi rehabilitace jako například s pedagogickou a léčebnou.

Tabulka č.6 – Otázka č.5

Otázka č.5 Domníváte se, že pro výběr koordinátora potřebujete sdělit osobnostní a kvalifikační předpoklady ?	odpověď	kraj	obec
1. chcete sdělit přesné předpoklady	ano	18%	45%
	ne	18%	19%
	bez odpovědi	64%	35%
2. chcete sdělit rámcové předpoklady	ano	64%	39%
	ne	9%	11%
	bez odpovědi	27%	50%
3. Nechcete sdělit žádné předpoklady	ano	9%	5%
	ne	9%	23%
	bez odpovědi	82%	73%

Zde se poprvé od sebe odpovědi krajských a obecních úřadů liší. Zatímco chce sdělit jasné osobnostní a kvalifikační předpoklady pro výběr koordinátora téměř polovina obecních úřadů (45%) u krajů je to jen 18%. A naopak je to u další podotázky, kde 64% krajských úřadů chce sdělit jen rámcové osobnostní a kvalifikační předpoklady a obecních úřadů jen 39%.

K tomuto výsledku mě napadá vysvětlení, že krajské úřady mají pravděpodobně více zkušeností s koordinačními činnostmi a s různými funkcemi fungujícími na úřadě. Při krajích je například zřízená funkce koordinátora pro romské záležitosti. Proto možná krajské úřady nepotřebují přesné požadavky na pracovníka, který by funkci koordinátora zastával. U obcí bude situace asi jiná. Pravděpodobně nemají tolik zkušeností a tudíž ani představu o požadavcích na koordinátora ucelené rehabilitace. Pro ně tedy bude naopak lepší předání co nejvíce potřebných informací.

Tabulka č.7 – Otázka č.6

Otázka č.6 Domníváte se, že zřízení a zajištění funkce koordinátora bude znamenat	odpověď	kraj	obec
1. značné organizační změny	ano	27%	16%
	ne	9%	23%
	bez odpovědi	64%	61%
2. minimální organizační změny	ano	55%	74%
	ne	0%	8%
	bez odpovědi	45%	18%
3. žádné organizační změny	ano	0%	6%
	ne	9%	24%
	bez odpovědi	91%	69%

Informace získané z této tabulky jsou myslím pro realizátora projektu, tj. pro MPSV, pozitivní, neboť říkají, že pro 55% krajských a 74% obecních úřadů bude znamenat zřízení funkce koordinátora minimální organizační změny. Značné organizační změny, které budou souviset se zřízením této funkce, bude mít 27% krajských a 16% obecních úřadů.

Cílem projektu není přidělat pracovníkům úřadu více práce s touto novou funkcí. Na druhou stranu však nelze na fungujícím úřadě, který má již nějakou svou strukturu a řád, vytvořit novou pracovní pozici bez toho, aniž by neproběhly některé organizační změny. Pohled a zkušenosti samotných úředníků na tento fakt je pro realizátory cennou informací, neboť je to jejich vlastní zhodnocení situace. Nebylo by asi překvapující, kdyby se oslovení úředníci vyjadřovali spíše k tomu, že problémy spojené se zřízením této funkce budou značné. Proto je zvážení vlastních možností a nezveličování situace hodnotnou informací.

Tabulka č.8 – Otázka č.7

Otázka č.7 Co Vám pomůže pro snadnější zřizování funkce koordinátora ?	odpověď	kraj	obec
1. dostatečné a včasné podání informací ze strany veřejné správy	ano	91%	84%
	ne	0%	0%
	bez odpovědi	9%	16%
2. dostatečné finanční zajištění	ano	91%	90%
	ne	0%	0%
	bez odpovědi	9%	10%
3. komunikace mezi subjekty působícími v oblasti	ano	91%	68%
	ne	9%	5%
	bez odpovědi	0%	27%
4. zapojení neziskového sektoru	ano	91%	63%
	ne	0%	8%
	bez odpovědi	9%	29%
5. zajištění informovanosti osob se ZP o činnosti koordinátora	ano	91%	71%
	ne	0%	5%
	bez odpovědi	9%	24%
6. jiné		45%	19%

Tato otázka měla za cíl zjistit, co by bylo dobré a vhodné ze strany MPSV (jako řešitele projektu) udělat pro snadnější zavádění této nové funkce. Při vypracovávání jsem při tom vycházela z obecných připomínek (například z reakcí na zákon o sociálních službách a novou dávkou příspěvek na péči) vůči ústředním orgánům státní správy, že chybí dostatečné množství a včasné

předávání informací, komunikace na všech úrovních je nedostačující, lidé nejsou informováni apod.

Z výsledků jasně vyplývá, že oba typy úřadů uvítají všechny nabízené možnosti. Největší shoda je u finančního zajištění (91% krajských a 90% obecních úřadů), což není vůbec překvapující.

Je zajímavé, že téměř všechny krajské úřady vybraly nabízené možnosti, kdežto u obecních to tak nebylo. Obecní úřady označily zapojení neziskového sektoru nejméně (pouze 63% oproti 91% odpovědím krajských úřadů) a dále komunikaci mezi subjekty působícími v oblasti (68%).

Do kolonky „jiné“ byly uvedeny následující názory: „měla by být zajištěna i prezentace koordinátora a jeho činností v mediích, jeho přínos“, „ze strany realizátora by měly být předávány jasné pokyny, včasné a mělo by být zajištěno plnění termínů“, „zajištění informovanosti představitelů měst a obcí“, „informovat orgány státní správy, zdravotnická zařízení“, „důležité je stanovení kompetencí a působnosti koordinátora.“

Některé z těchto připomínek by bylo dobré brát na vědomí při realizaci projektu. Například se mi jeví jako velmi podstatné informovat i orgány státní správy a zdravotnická zařízení ve spádové oblasti. Mohl by to být způsob jak vytvořit spolupracující a vstřícnější atmosféru. Samotnému koordinátorovi by to v některých případech mohlo usnadnit práci.

Tabulka č.9 – Otázka č.8

Otázka č.8. Domníváte se, že je zřízení této funkce důležité ?	odpověď	kraj	obec
	ano	64%	68%
	ne	9%	18%
	bez odpovědi	27%	15%

Tato otázka byla jako první směřována na vlastní názory pracovníků úřadů. Cílem bylo zjistit, zda si myslí, že je zavedení funkce koordinátora důležité.

Z celkového počtu považuje 64% pracovníků z krajského a 68% z obecního úřadu zřízení koordinátora za důležité, což je poměrně příjemné zjištění pro realizátora. Mezi nejčastější názory patřilo: „koordinátor je důležitý pro zapojení osob se zdravotním postižením do života a běžných aktivit“,

„zlepší se dostupnost služeb pro občany se zdravotním postižením“, „chybí návaznost služeb a propojenost především mezi zdravotní a sociální oblastí“, „není zaručen komplexní přístup“, „nedostatečná informovanost“, „působení koordinátora bude mít vliv na rozvoj sociálních služeb a i jednotlivých oblastí rehabilitace“.

Ti, co odpověděli v záporném smyslu, uváděli důvody: „problém by vyřešilo více sociálních pracovníků na úřadě“, „funkce koordinátora není důležitá“, „naši pracovníci jsou v problematice zdatní a stále se vzdělávají“, „koordinátor nemá legislativní oporu“, „bude suplovat činnosti jiných organizací“, „činnost lze zařadit v rámci vyplácení příspěvku na péči.“

Odpověď na otázku neuvadlo 27% z krajských a 15% z obecních úřadů. V této skupině byly i tací, kteří sice nezvolili ano či ne, ale i přesto svůj názor vyjádřili. Například: „v této chvíli nejsme schopni zhodnotit důležitost koordinátora“, „potřeby osob se zdravotním postižením naplňujeme.“

Z výsledků a z těchto citací lze shrnout, že pro nadpoloviční většinu je funkce koordinátora důležitá, což je pro celý projekt důležitá informace. I na tomto příkladě je však patrné, že vnímání problémů spojených s problematikou osob se zdravotním postižením je rozdílné. A i když úřady uvádějí shodné problémy, stále je nadpoloviční většina těch, kteří i přesto mají zájem se projektu zúčastnit.

Tabulka č.10 - Otázka č. 9

Který problém či problémy považujete v oblasti zdravotně postižených za největší?

	kraj	%	obec	%
1	bariéry	33	pracovní uplatnění osob se ZP	26
2	nedostatečná informovanost	25	nedostatečná informovanost	20
3	nedostačující síť soc. služeb	25	bariéry	20
4	pracovní uplatnění osob se ZP	25	chybí provázanost, koordinace	17
5	chybí spolupráce	25	financování	17
6	chybí návaznost, propojenost	17	nejednotný přístup	14
7	složitý systém, administrativní zátěž	17	nedostačující nabídka sociálních služeb	14
8	prosazování jen svých zájmů	17	chybí komplexní přístup	8
9	nejednotné poradenství	8	nedostupnost služeb	6
10	sociální vyloučení osob se ZP	8	sociální vyloučení osob se ZP	6

Z formulace otázky vyplývá, že se úřady mohly vyjádřit i k vícero problémům (otázka byla otevřená), které ve sledované oblasti vnímají, což tedy někteří učinily.

Na tuto otázku bylo odpovězeno poměrně variabilně, proto jsem tabulku uspořádala podle počtu stejných odpovědí a prvních deset nejpočetnějších jsem zaznamenala do grafické tabulky. Jednotlivé tabulky (krajský úřad a obecní úřad) jsem pak pro srovnání dala vedle sebe.

Jak už jsem se zmínila, odpovědi byly velice různorodé a často ojedinělé. Z tohoto důvodu jsou někde uvedena i poměrně nízká čísla.

Krajské úřady označily za největší problém výskyt bariér (33%), zatímco obecní úřady pracovní uplatnění osob se ZP (26%). Zde musím podotknout, že pod pojem bariéry byly zařazeny jak architektonické, tak ale i komunikační překážky. Jako druhá nejčastější odpověď byla shodně u obou typů úřadů uvedena nedostačující informovanost (25% u krajských a 20% u obecních úřadů). Dále jsou v tabulce občas uvedeny i podobné odpovědi, které se však liší jen pořadím v seznamu.

Jsou ovšem i problémy, které jsou jednotlivými úřady vnímány odlišně. Například některé krajské úřady uvádějí, že největší problém je v chybějící spolupráci (25%), ve složitém systému (17%), v prosazování jen vlastních zájmů (každá skupina si prosazuje jen to své, 17%) a v nejednotném poradenství (8%). Obecní úřady uvedly problémy ve financování (17%), nejednotném přístupu (14%), v chybějícím komplexním přístupu (8%) a nedostupnosti služeb (6%). Oba úřady se pak v závěru opět v odpovědích shodly, a to na problému týkajícího se sociálního začleňování osob se ZP.

Z těchto odlišných odpovědí mě zaujaly dvě, a to prosazování vlastních zájmů (u krajských úřadů) a nedostupnost služeb (u obecních úřadů). Vzhledem k uspořádání státní správy spadá na krajský úřad větší moc co se týče rozhodování, plánování, koordinování, metodického vedení apod. A možná proto některé krajské úřady vidí větší problém v tom, že si každá skupina hájí jen své zájmy a usiluje jen o svůj prospěch. Naopak obecní úřady jsou blíže občanům, řeší jejich každodenní starosti, a proto vnímají nedostupnost služeb za větší problém.

Ráda bych zde uvedla ještě několik odpovědí, které se vyskytly méně často, avšak jsou pro tuto práci zajímavé. U krajských úřadů bylo například uvedeno zneužívání dávek, nízká kvalifikace poskytovatelů, neexistence ucelené rehabilitace, nerovný přístup osob se ZP ke vzdělání, práci. Obecní úřady označily za problémy mj. nepružnost systému, nízkou efektivitu dávek, chybějící koordinaci, malý zájem a aktivní přístup úřadů práce, příliš štědrý stát, zmapování počtu osob se ZP, absence sociálního pracovníka ve zdravotnictví.

Tabulka č.11 - Otázka č.10

Jaké by, podle Vás, bylo optimální řešení?

	kraj	%	obec	%
1	propojenost, provázanost	17	koordinátor	14
2	využit koncepční materiály, plány	17	provázanost, propojenost	14
3	finanční zajištění	2	rozvoj sociálních služeb	12
4	motivace zaměstnavatelů	2	více pracovních míst pro osoby se ZP	8
5	odstraňování bariér	2	podpora aktivní politiky zaměstnanosti	8
6	přenechat více pravomocí krajům	2	zvýhodnění pro zaměstnavatele	8
7	metodické vedení poradenství	2	úprava legislativy	8
8	rozvoj soc. služeb na základě poptávky	2	financování	6
9	osvěta, výchova	2	spolupráce	6
10	význam ošetřujícího lékaře	2	větší zapojení osob se ZP a společnosti	6

Zpracování této otázky je shodné jako u otázky č.9. Situace s různorodostí byla však v tomto případě ještě mnohem výraznější (např. jen u obecních úřadů bylo téměř 30 odlišných odpovědí).

V této tabulce již nejsou odpovědi tak podobné, jako tomu bylo u předcházející otázky. Zatímco krajské úřady vidí řešení v propojenosti a provázanosti (17%, propojenosti především mezi zdravotnickou a sociální oblastí), obecní úřady překvapivě označily koordinátora (14%). Dokonce byl uveden i názor, že by měl být koordinátor zřízen na úřadu práce. Tyto odpovědi jsou si blízké v tom, že obsahují podobný znak, kterým je propojenost. Koordinátor se svým úsilím snaží o propojení oblastí rehabilitace a vzájemnou návaznost.

Hned na první pohled je patrné, že mezi nejčastější řešení obecních úřadů je zahrnuta problematika zaměstnávání osob se ZP. Dle jejich názoru se především jedná o: vytvoření většího počtu pracovních míst (8%), podporu

aktivní politiky zaměstnanosti (8%) a zvýhodňování zaměstnavatelů (8%). Jako konkrétní příklady byly uváděny rekvalifikace, příprava na práci, podporované zaměstnávání apod. (což jsou v podstatě formy pracovní rehabilitace). Úprava legislativy je také poměrně často zmiňována (8%), neboť zakotvením právní úpravy bude dle jejich názoru docílena větší provázanost. Dále úřadům chybí jasnost a také ucelenost v právních předpisech. Rozvoj sociálních služeb, především osobní asistence a chráněného bydlení, je též vnímáno jako optimální řešení (pro 12%).

Méně časté byly návrhy týkající se dostupnosti služeb, přítomnosti sociálního pracovníka v nemocnicích, zjednodušení systému, systematického vedení, včasné intervence, zvyšování povědomí o problematice, včasnosti poskytování péče a služeb, zlepšení komunikace, oddělení státní správy a samosprávy a s tím související přidělení kompetencí obcím.

17% krajských úřadů vidí řešení v tom, že se budou více využívat koncepční materiály a krajské plány (nebo také poradní orgány). 2% úřadů se shodla na tom, že by bylo dobré přenechat více pravomocí na kraj („nechat jim volnou ruku“). Fakt, že se tyto dvě varianty objevily mezi deseti nejčastějšími návrhy, naznačuje snahu o přenechání více „moci“ pro krajské úřady. Pro další 2% jsou návrhy na řešení: metodické vedení poradenství, rozvoj sociálních služeb, osvěta a výchova a v neposlední řadě i role ošetřujícího lékaře.

4.6. Závěrečné shrnutí

Z výše popsaných výsledků je zřejmé, že o zapojení do projektu má zájem ze všech úřadů, kteří odpověděly na úvodní dopis, 75% krajských a 72% obecních. Z tohoto počtu je 1% krajských a 21% obecních úřadů, kteří svou účast přislíbily pouze za podmínky úplného finančního zajištění ze strany realizátora projektu. V případě, že by finance nepokryly mzdu a náklady spojené s výkonem funkce koordinátora, se tyto úřady projektu nezúčastní. 8% krajských a 19% obecních úřadů se otevřeně vyjádřilo, že nemá zájem se projektu účastnit, u dalších 17% krajských a 9% obecních úřadů byly odpovědi nejednoznačné.

V rámci tohoto dotazníku byly u úřadů sledovány potřeby, u kterých jsem se domnívala, že je pro výkon koordinátora bude nutné zabezpečit.

Jednalo se o :

- Prostor
- Technické vybavení
- Přijetí zaměstnance
- Metodické vedení
- Kvalifikační a osobnostní předpoklady
- Organizační náročnost
- Aktivity, které napomohou se zřízením této funkce

Téměř většina oslovených (73% krajských a 71% obecních úřadů) potřebuje pro koordinátora zajistit nový prostor (novou místnost). Z vlastních finančních zdrojů je možné prostor zajistit pro 3% obcí. Krajské úřady se k této variantě nevyjádřily vůbec. Pro dalších 9% krajských a 19% obecních úřadů je toto schůdné za částečného krytí z vlastních finančních zdrojů. Úplnou finanční podporu by potřebovalo 64% krajských a 60% obecních úřadů.

Nové technické vybavení pro koordinátora potřebuje zajistit 82% krajských a 84% obecních úřadů, přičemž nejpočetnější požadavek byl na nový osobní počítač (82% krajských a 85% obecních úřadů). Ostatní techniku jak například tiskárnu a kopírku by chtělo 64% krajských a 81% obecních úřadů. A mezi jiné materiální a technické vybavení úřady zařadily mobilní telefon, auto, scanner, fotoaparát, fax. Pouze 3% obecních úřadů využije stávající technické vybavení (krajský úřad ani jeden).

Ohledně otázky týkající se přijetí nového zaměstnance se vyjádřilo 73% krajských a 81% obecních úřadů pro tuto možnost. 5% obecních úřadů nebude nikoho přijímat, krajské úřady se nevyjádřily.

Stálé metodické vedení koordinátorů, jehož význam si mnoho úředníků uvědomuje, preferuje 45% krajských a 44% obecních úřadů, zatímco metodické vedení časově přizpůsobené potřebám úřadu by chtělo 55% krajských a 60% obecních úřadů.

U kvalifikačních a osobnostních požadavků na osobu, která by funkci koordinátora zastávala, se poprvé výsledky mezi oběma typy úřadů lišily. Přesné předpoklady chce sdělit 18% krajských a 45% obecních úřadů. U rámcových předpokladů je tomu naopak. 39% obecních úřadů chce znát jen tyto rámcové požadavky a 64% krajských. Pro 9% krajských a 5% obecních úřadů není sdělení předpokladů pravděpodobně potřebné, neboť jejich odpovědi byly odmítavé, tzn. nechtějí říct žádné předpoklady.

Otázka týkající se náročnosti spojené s organizačními změnami, které je nutné pro zavedení koordinátora vykonat, je pro realizátora významná. Není snahou a ani cílem projektu zhoršení podmínek na úřadě a zatěžující změny jak pro pracovníky, tak i pro úřad samotný. Tento výzkum si kladl za cíl zjistit právě ty podmínky, které umožní zřízení funkce koordinátora s omezením komplikací v maximálně možné míře. Názor pracovníků úřadů na to, zda budou organizační změny značné nebo minimální, je pro MPSV jako realizátora významné. Celkově lze tedy říci, že pro 55% krajských a 74% obecních úřadů bude znamenat nová funkce minimální organizační změny. Pro 27% krajských a 18% obecních úřadů to budou změny značné.

Poslední otázka zjišťující podmínky, za kterých by byla funkce koordinátora zřízena na úřadě s co nejmenším počtem komplikací, se týká následujících podpůrných aktivit. Pro krajský úřad jsou tyto aktivity, které by realizátor měl pro snadnější průběh projektu zajistit, odsouhlaseny stejným počtem odpovědí (91%). Jedná se o: dostatečné a včasné podání informací, finanční zajištění, komunikaci mezi všemi subjekty působícími v oblasti rehabilitace, zapojení neziskového sektoru a zajištění informovanosti pro osoby se ZP o činnosti koordinátora. Obecní úřady vybraly možnosti, které napomohou, v následujícím pořadí (podle počtu odpovědí): finanční zajištění (90%), dostatečné a včasné podání informací (84%), zajištění informovanosti osob se ZP o činnosti koordinátora (71%), komunikace mezi subjekty působícími v oblasti rehabilitace (68%) a zapojení neziskového sektoru (63%).

Z tohoto výčtu zjištěných potřeb jednotlivých úřadů lze obecně říci, že základní podmínky pro počáteční optimální fungování koordinátora jsou:

- 1) prostor
- 2) technické vybavení

- 3) přijetí nového pracovníka
- 4) metodické vedení uzpůsobené potřebám úřadů
- 5) kvalifikační a osobnostní předpoklady pro výběr koordinátora, a to
rámcové pro krajské úřady a přesné předpoklady pro úřady
obecní
- 6) podpora:
 - o ve finančním zajištění
 - o v dostatečném a včasném podání informací
 - o v zajištění informovanosti osob se ZP o činnosti koordinátora
 - o v komunikaci mezi subjekty působícími v oblasti rehabilitace
 - o v zapojení neziskového sektoru

Konkrétnější požadavky jednotlivých úřadů (vyjádřené v dotaznících) jsou vedeny a bude na ně při realizaci projektu brán zřetel. Vzhledem k tomu, že se jednalo o velice různorodé individuální potřeby, nebylo možno je v rámci této práce zohlednit do závěrečného shrnutí.

Z Á V Ě R

Stejně jako zdraví patří i nemoc a zdravotní postižení k životu. Riziko zdravotního postižení v důsledku úrazu, nemoci nebo vrozené vady existuje u každého člověka, proto by této oblasti měla být věnována velká pozornost. Smyslem a cílem ucelené rehabilitace je minimalizovat přímé důsledky trvalého nebo dlouhodobého zdravotního postižení, tj. úsilí o návrat ke zdraví a co nejúplnější začlenění člověka s postižením do společnosti.

I přes to, že současná situace v oblasti ucelené rehabilitace a jejího uchopení jako komplexního (uceleného) systému není v našich podmínkách doposud právně zakotvena, existují však dílčí úspěchy s právními předpisy z jednotlivých oblastí. Posledním úspěchem bylo zakotvení sociální rehabilitace do zákona o sociálních službách. Velkým problémem je však stávající resortismus, kdy jednotlivé resorty neřeší problematiku osob se ZP komplexně a systémově, ale naopak pouze problémy (spojené se zdravotním postižením), které spadají jen do jeho působnosti. Propojenost a vazby na jiné oblasti se téměř nezohledňují. Vznikají tak systémy, které jsou od ostatních izolované a náročné jak po stránce administrativní, tak i finanční. Tento přístup negativně ovlivňuje jak práci na tvorbě připravovaného zákona o rehabilitaci osob se ZP, tak i samotné provádění jednotlivých oblastí rehabilitace.

MPSV, jako orgán zastřešující sociální a pracovní rehabilitaci, má ve své gesci celou problematiku ucelené rehabilitace, a proto je i realizátorem připravovaného projektu.

Zájem oslovených úřadů na účast v projektu byl nečekáný. Z reakcí pracovníků úřadů, které jsem měla možnost sledovat a zaznamenávat, se pro mě potvrdily dvě, obecně užívané, úsloví. Zaprvé „*když se chce, tak to jde*“ a zadruhé, že „*záleží na lidech*“. Během krátké doby se totiž ukázalo, že zatímco někteří úředníci svůj nezájem o účast v projektu odůvodňovali tím, že o nové pracovní pozici rozhoduje rada města, druzí tento „problém“ neuváděli. Mnohem výraznějším projevem této skutečnosti bylo, že jedni koordinátora nepotřebují a druzí (na základě komunitního plánování a jiných aktivit) zjistili, že koordinace je ve spádové oblasti velice postrádána.

Výsledky z dotazníků, především tedy z otevřených otázek, jsou dokreslením stávající situace v jednotlivých regionech, a to z pohledu oslovených zástupců úřadů. Bylo překvapujícím, že obecní úřady spatřují největší problém v oblasti zdravotně postižených v nedostatečném pracovním uplatnění. Zajímavé zjištění to bylo především kvůli tomu, že pracovní rehabilitace je nejdéle právně upravenou oblastí rehabilitace a jak je na tomto příkladě vidět, není stále dostačujícím způsobem do praxe zavedena. Pracovní rehabilitace by měla být vrcholnou částí ucelené rehabilitace. Po jejím absolvování má být každý člověk připraven se uplatnit na pracovním trhu. A v konečném důsledku být ekonomicky nezávislý a žít samostatný, soběstačný a spokojený život. A to je v podstatě záměrem projektu. Prostřednictvím zavedené funkce koordinátora napomoci člověku zvládnout nepříznivou životní situaci způsobnou zdravotním postižením.

U některých otázek (především u zjišťování potřeb na technické vybavení a vytvoření prostoru pro koordinátora) se dalo očekávat, že oslovení tyto potřeby označí, což se nakonec potvrdilo na základě vyhodnocení dotazníků. Myslím si ovšem, že i přes předpokládanou odpověď bylo dobré tyto otázky do dotazníku zahrnout, a to ze dvou důvodů. Za prvé se v dnešní době považuje technické vybavení za běžnou normu, bez které nelze dobře vykonávat pracovní úkoly. A za druhé, počáteční náklady na zařízení a vybavení jsou poměrně vysoké. Pro budoucí partnery v projektu by to znamenalo značnou finanční zátěž, což by se mohlo odrazit na celkové realizaci projektu. To je v podstatě doloženo také některými úřady, které přislíbily účast jen za podmínky financování jak mzdy koordinátora, tak i nákladů spojených s výkonem jeho funkce. Cílem tedy není ještě více finančně, materiálně a ani administrativně zatížit spolupracující úřady. Ba naopak je snahou vyjít těmto potřebám vstříc a vytvořit nekomplikované a spolupracující vztahy.

Vyhodnocením dotazníků se podařilo připravit podmínky nezbytné pro zřízení funkce koordinátora. Osloveným úřadům byl nabídnut prostor jak pro vyjádření k nabízeným možnostem, tak i pro vlastní názory, podněty a připomínky. Úřady se tak mohly lépe s projektem identifikovat. Realizátor projektu má podle zjištěných výsledků možnost podpořit jednotlivé úřady, a to

na základě vyjádřených potřeb a vymezených podmínek pro zřízení funkce koordinátora.

Jsem si vědoma toho, že provedeným výzkumem nelze prohlásit problematiku za definitivně zpracovanou. Považuji za optimální navázat dalšími výzkumy zaměřujícími se na mnohem širší škálu potřeb, které budou práci koordinátora podporovat a zlepšovat podmínky všem zúčastněným stranám.

V době, kdy jsem obesílala úřady, nebyla ještě pevně stanovena struktura projektu, jeho financování apod. Proto bylo cílem „pouze“ vymezení podmínek (možná základních), za kterých by úřady snadněji tuto pozici zřídily. Až bude funkce koordinátora zavedena, je nanejvýš vhodné zjišťovat například potřeby týkající se osobnostního rozvoje, dalšího vzdělávání, předávání příkladů dobré praxe apod.

Pevně doufám, že působení koordinátora přinese v praxi spoustu zkušeností a nových podnětů pro rozvoj ucelené rehabilitace. Díky jeho činnosti se „odhalí“ slabá místa v systému, získají se tolik potřebné a doposud nesledované údaje o osobách se ZP, podpoří se informovanost a komunikace mezi subjekty působícími v sociální oblasti aj. Dokonce se domnívám, že na základě jeho působení by mohl vzniknout větší tlak na úpravu některých právních předpisů a na aktivnější zapojení některých dalších resortů.

V celém procesu zavádění ucelené rehabilitace bude také velmi záležet na prezentaci výsledků. Je proto velmi důležité dobře informovat veřejnost o nutnosti tohoto procesu a jeho úspěších.

LITERATURA

Česko. Vláda. Usnesení vlády ze dne 31. května 2006 č. 651 k Zajištění splnění úkolů Národního plánu podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006-2009 týkajících se rehabilitace osob se zdravotním postižením. [online] Praha : 2006 [cit. 2007-10-6]. Dostupný z WWW: <<http://www.vlada.cz>>

Česko. Vláda. Usnesení vlády ze dne 16. června 2004 č. 605 o Střednědobé koncepci státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením. [online] Praha : 2004 [cit. 2007-7-7]. Dostupný z WWW: <<http://www.vlada.cz>>

Česko. Vláda. Usnesení vlády ze dne 17. srpna 2005 č. 1004 k Národnímu plánu podpory a integrace osob se zdravotním postižením. [online] Praha : 2005 [cit. 2007-5-7.] Dostupný z WWW: <<http://www.vlada.cz>>

Metodická příručka: *Činnost center rehabilitace*. Praha : MZ ČR, 1997. 86 s.

Evropská sociální charta. [online] Turín : 1961 [cit. 2007-6-6]. Dostupný z WWW:<<http://www.noviny-mpsv.cz/files/clanky/1218/esch.pdf>>

Evropský zákoník sociálního zabezpečení. [online] Štrasburk : 1964 [cit. 2007 30-5]. Dostupný z WWW: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/1286/ezs.pdf>>

HARTL, Pavel. Poradenství. In *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. Kapitola 6, s.83 -116. ISBN 80-7178-548-2

HAVRÁNKOVÁ, Olga. Případová práce. In *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. Kapitola 5, s. 65 - 81. ISBN 80-7178-548-2

HAVRDOVÁ, Zuzana; ZAMYKALOVÁ, Lenka. *Profesní struktura a kvalifikační předpoklady pracovníků v sociálních službách*. Praha, 2001. 64 s., 48 s.příl. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. Dostupný z WWW: <<http://www.vupsv.cz>>

JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 1. vyd. Praha : Triton, 2001. 158 s. ISBN 80-7254-192-7

JANOŠKOVÁ, Klára (ed). *Metodické a koordinační dovednosti v sociálních službách*. Sborník studijních textů. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, 2007. 346 s. ISBN-978-80-7368-229-3. Dostupný z WWW: <<http://www.osu.cz/metakor>>

JESENSKÝ, Ján; PFEIFFER, Jan. *Uvedení do rehabilitace*. 1. vyd. Praha : Horizont, 1987. 178 s. ISBN-40-087-87.

MATOUŠEK, Oldřich et al. *Metody a řízení sociální práce* .1. vyd. Praha: Portál, 2003. Kapitola 3, s.51 - 59. ISBN 80-7178-548-2

MATOUŠEK, Oldřich et al. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X

Moderní obec. *Economia*. 1990 -, roč. 12., č. 7. Praha : *Economia*. 12x ročně. Vychází také v elektronické formě. ISSN-1211-0507

MUSIL, Libor; KUBALČÍKOVÁ, Kateřina; HUBÍKOVÁ, Olga. *Kvalifikační potřeby pracovníků v sociálních službách pro seniory*. Praha, 2006. 136 s., 12 s. příl. Závěrečná zpráva z výzkumu. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. Dostupný z WWW: <<http://www.vupsv.cz>>

MUSIL, Libor; KUBALČÍKOVÁ, Kateřina; HUBÍKOVÁ, Olga; DVOŘÁKOVÁ, Michala. *Kvalifikace pracovníků v sociálních službách*. Brno, 2005. 99 s., 22 s. příl. Průběžná zpráva. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. Dostupný z WWW: <<http://www.vupsv.cz>>

Můžeš: Skok do reality. Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. 1999-, roč. 7, č. 2, Praha : NRZP ČR. 5x ročně.

Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením. Praha : Sbor zástupců organizací zdravotně postižených, 1998. 38 s.

Národní plán podpory a integrace osob se zdravotním postižením na období 2006-2009. Praha : Vládní výbor pro zdravotně postižené občany, 2005, 35 s. ISBN 80-86734-66-8. Dostupný z WWW: <http://www.vlada.cz/assets/cs/rvk/vvzpo/dokumenty/NPPI_2007.pdf>

NAVRÁTIL, Pavel. *Posouzení životní situace: úvod do problematiky*. Sociální práce: Role sociálního pracovníka. rok 2007, č. 1, 72-86 s. ISSN-1213-6204

NEDĚLNÍKOVÁ, Dana (ed). *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce*. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, 2007. 196 s. Dostupný z WWW: <<http://www.osu.cz/metakor>>

NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství : Struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 160 s. ISBN-80-7178-197-5

PFEIFFER, Jan. Vývoj rehabilitace a její problémy v ČR. In *Aplikace individuálních přístupů v péči o zdravotně postižené*. 1. vyd. Praha : Aleko, 1996. s. 46-62. ISBN 80-85341-54-9

Práce a sociální politika [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. Praha : MPSV ČR, 2004, [cit. 2007-18-7]. 11x ročně. Dostupný z WWW: <<http://www.noviny-mpsv.cz>>

Prováděcí vyhláška č. 505 k č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Příručka pro metodiky sociální prevence a sociální kurátory. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, 2007. 80 s. ISBN-978-80-7368-329-0
Dostupný z WWW: <<http://www.osu.cz/metakor>>

Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. Překlad z anglického jazyka Jan Brázdil, Luboš Chaloupka. Praha : Sdružení zdravotně postižených, 1997. 60 s.

Střednědobá koncepce státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením. [online] Praha : 2004 [cit. 2007-7-7]. Dostupný z WWW: <<http://www.nrzp.cz/userfiles/file/koncepce-def.doc>>

ŠTASNÝ, Jan. *Zdraví a nemoc.* 1.vyd. Hradec Králové : Gaudeamus, 2006. 114 s. ISBN 80-7041-775-7

TOMEŠ, Igor et al. *Vzdělávací standardy v sociální práci.* 1.vyd. Praha : Sociopress, 1997. 334 s. ISBN 80-902260-3-5

TOPINKA, Daniel. *Mapování vzdělávacích potřeb sociálních kurátorů.* 1.vyd. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, 2007. 39s. Dostupný z WWW: <<http://www.osu.cz/metakor>>

ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat.* 2.vyd. Praha : Slon, 1999. 125 s. ISBN-80-85850-69-9

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. [online] New York : 2006 [cit. 2007-25-6]. Dostupný z WWW: <<http://www.nrzp.cz/userfiles/file/text-umluvy-cj.doc>>

VOTAVA, Jiří et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením.* 1. vyd. Praha : Univerzita Karlova v Praze, 2005. 207 s. ISBN 80-0708-5

Vyhláška MŠMT č.73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných

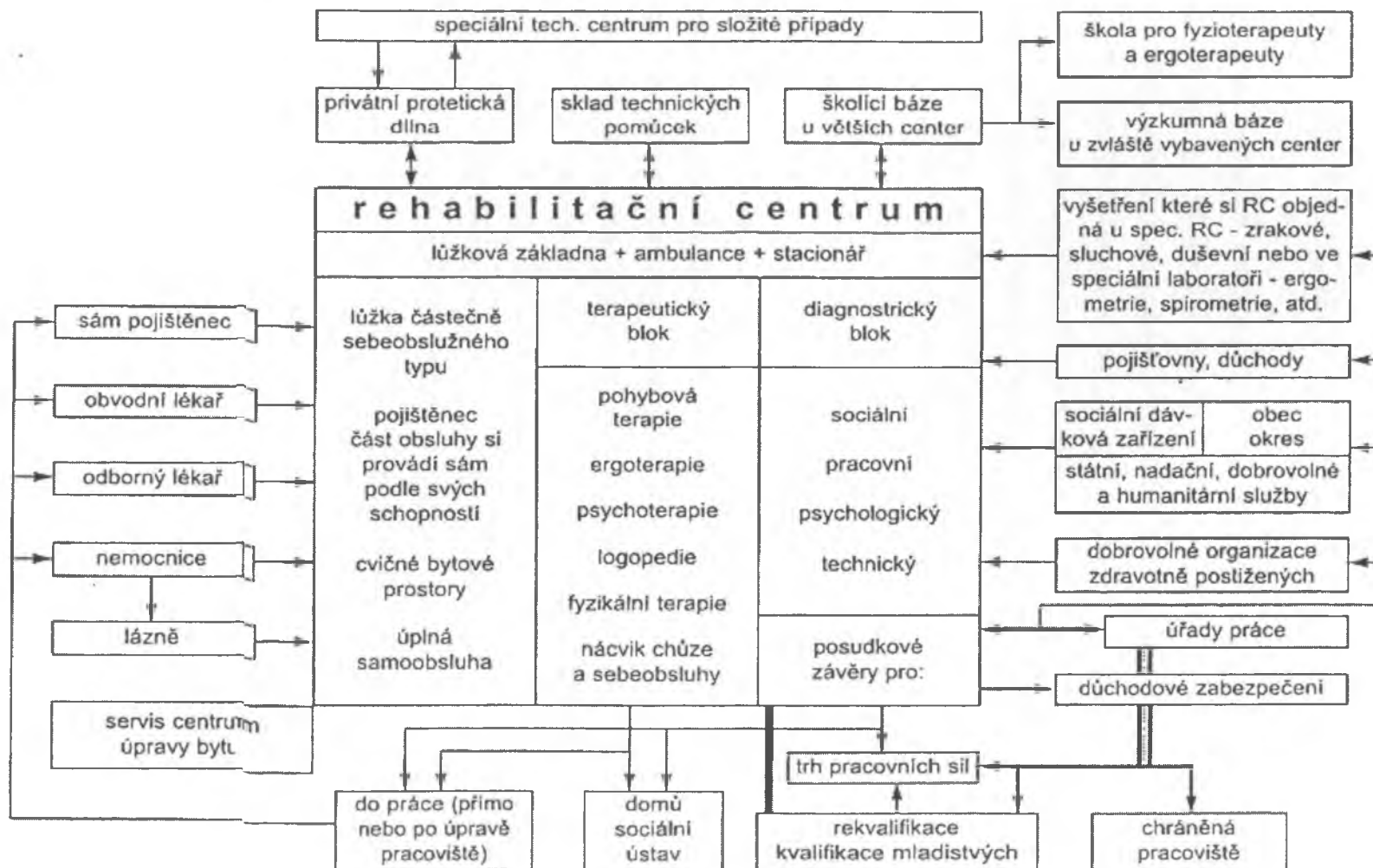
Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

Zákon č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení

ZEMANOVÁ, Andrea. *Multidisciplinárny tím a úlohy psychológa v procese pracovnej integrácie jedincov so zdravotným postihnutím.* Sociální práce. roč. 2005, č. 1, s. 64 – 69. ISSN-1213-624

Organizační schéma centra rehabilitace



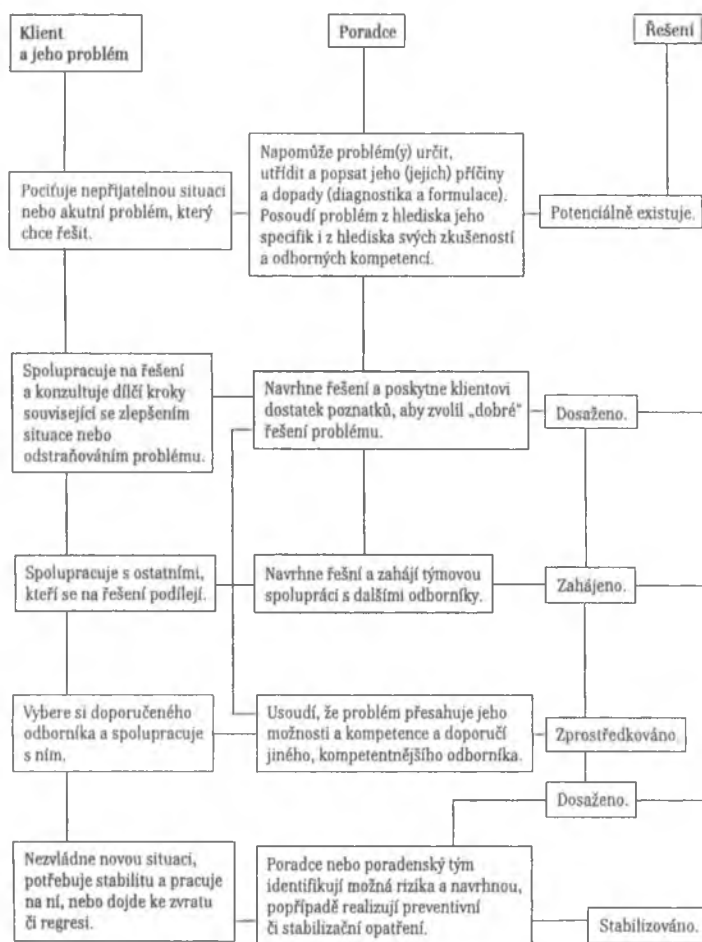
Príloha č. 1 Činnost center rehabilitace

Příloha č. 2

Seznam center rehabilitace sledována k 31.12.1996

1. Centrum léčebné rehabilitace na Klinice rehabilitačního lékařství LF UK Praha + Úřad práce Praha
2. Centrum ucelené rehabilitace FN Bulovka
3. Rehabilitační centrum FN Hradec Králové
4. Centrum rehabilitace Pardubice + ÚP Pardubice
5. Centrum léčebné rehabilitace Liberec
6. Centrum rehabilitace Chomutov
7. Centrum rehabilitace Nemocnice Tábor
8. Centrum rehabilitace při nemocnici s poliklinikou v Písku + ÚP Písek
9. Centrum ucelené rehabilitace Nemocnice s poliklinikou ve Vyškově
10. Centrum rehabilitace Nemocnice v Třebíči
11. Centrum rehabilitace Nemocnice Břeclav
12. Centrum rehabilitace Sokolov, s.r.o.
13. Rehabilitační a rekvalifikační výcvikové středisko Jáchymov + Úřad práce Karlovy Vary
14. Centrum léčebné a pracovní rehabilitace Luže Košumberk + Úřad práce Chrudim
15. Centrum léčebné a pracovní rehabilitace Zlín + Úřad práce Zlín
16. Centrum léčebné a pracovní rehabilitace Prostějov + Úřad práce Prostějov
17. Rekvalifikační středisko Chotěboř + Úřad práce Havlíčkův Brod

Příloha č. 3 Roviny poradensko – rehabilitační péče



Příloha č. 4 Návrh jednotné struktury pracovníků v sociálních službách

Úroveň vzdělání (rozmezí umožňuje zohlednit další vzdělání a praxi)	Navržená třída v katalogu prací	Funkční úroveň sociálního pracovníka (SP)	Funkční úroveň ostatních pracovníků v sociálních službách (OPSS)	Funkční úroveň v oblasti „řídící pracovník sociálních služeb“
Postgraduální, resp. specializace +5 let praxe	13-14	Supervizor Výzkumník	Supervizor v sociálních službách (VSS) Výzkumník	Supervizor řízení
VŠ Mgr.	12-14	SP specialista Sociální pracovník	Specialista VSS	Manažer sociálních služeb (SS) s víceúrovňovým řízením
VŠ Bc.	10-12	Sociální pracovník	Samostatný odborný pracovník VSS	Vedoucí pracovník SS
VOS	9-12	Sociální pracovník	Odborný pracovník VSS	Vedoucí oddělení, týmu SS
USO SŠ +spec.kurz	6-10		Pracovník VSS	Koordinátor SS
SO+spec.kurz	4-7		Asistent VSS	
ZŠ+ spec.kurz	3-6		Pomocník VSS	

Příloha č. 5

D O T A Z N Í K

Vámi zvolenou odpověď, prosím, označte

1. Domníváte se, že pro koordinátora potřebujete:

(pokud Vám nevyhovují následující možnosti, prosím o uvedení Vašeho názoru)

- | | ANO | NE |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. vytvořit zcela nový prostor (novou místnost) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| pokud jste odpověděli ANO: | | |
| 1.1. je v možnostech úřadu ho bez finanční podpory vytvořit ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2. potřebujete částečnou finanční podporu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.3. potřebujete úplnou finanční podporu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. využijete stávající možnosti, s drobnými úpravami | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. jiné | | |

2. Očekáváte, že s výkonem funkce budete potřebovat:

(pokud Vám nevyhovují následující možnosti, prosím o uvedení Vašeho názoru)

- | | ANO | NE |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. nové technické vybavení | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| pokud jste odpověděli ANO | | |
| 1.1. potřebujete nový počítač | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2. potřebujete ostatní techniku (kopírka, tiskárna) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.3. jiné: | | |
| 2. technické vybavení využijete stávající, nepotřebujete nic nového | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Domníváte se, že pro zřízení této funkce budete potřebovat:

(pokud Vám nevyhovují následující možnosti, prosím o uvedení Vašeho názoru)

- | | ANO | NE |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. přijmout nového zaměstnance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. nebudete vůbec přijímat nového zaměstnance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. jiné: | | |

4. Domníváte se, že bude pro Váš úřad potřebné metodické vedení ?

(pokud Vám nevyhovují následující možnosti, prosím o uvedení Vašeho názoru)

- | | ANO | NE |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. budete potřebovat stálé metodické vedení | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. uvítáte metodické vedení přizpůsobené vašim potřebám | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| pokud ANO, prosím specifikujte: | | |
| | | |
| 3. nepotřebujete metodické vedení vůbec | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

pokud NE, prosím specifikujte :

.....

5. Domníváte se, že pro výběr koordinátora potřebujete sdělit osobnostní a kvalifikační předpoklady ?

	ANO	NE
1. chcete sdělit přesné předpoklady	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. chcete sdělit rámcové předpoklady	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. nechcete sdělit žádné předpoklady	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Domníváte se, že zřízení a zajištění funkce koordinátora bude znamenat:

	ANO	NE
1. značné organizační změny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. minimální organizační změny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. žádné organizační změny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Co Vám pomůže pro snadnější zřizování funkce koordinátora ?

(pokud Vám nevyhovují následující možnosti, prosím o uvedení Vašeho názoru)

	ANO	NE
1. dostatečné a včasné podání informací ze strany veřejné správy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. dostatečné finanční zajištění	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. komunikace mezi subjekty působícími v sociální oblasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. zapojení neziskového sektoru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. zajištění informovanosti osob se ZP o činnosti koordinátora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. jiné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Domníváte se, že je zřízení této funkce důležité ? ANO NE

Vaši odpověď, prosím, odůvodněte

.....

.....

9. Který problém či problémy považujete v oblasti zdravotně postižených za největší ?

.....

.....

.....

10. Jaké by, podle Vás, bylo jejich optimální řešení ?

.....

.....

.....