

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Ergoterapie



Eva Zemanová

**Case management z pohledu ergoterapeuta
u osob se spinálním poraněním**

Case management from the point of view of the occupational therapist
in persons with the spinal cord injuries

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Kateřina Svěcená

Praha, 2014

PODĀKOVÁNĪ

TĪmto bych chtĚla vyjádĪt podĀkovÁNĪ vĚem, kteĪ se mnou v prĚbĚhu tvorby mĚ prĚce spolupracovali a pomohli tak jejĪmu zdĚrnĚmu dokonĚnĪ.

V prvnĪ adĚ bych chtĚla podĀkovat vedoucí bakalĚrskĚ prĚce, panĪ Mgr. Kate in SvĚcenĚ za vedenĪ mĚ prĚce a cennĚ poznĚmky a konzultace, kterĚ mi poskytla.

DĚle pak vĚem znĚmĚm, kteĪ se mnou prĚci konzultovali a v prvnĪ adĚ Michalovi. VĚem tĚm, kteĪ mi poskytli rozhovory a vyplnĪli mĚ dotaznĪky, bez kterĚch by tato prĚce nevznikla.

A takĚ panĪ ZdeĚce FaltĚnkovĚ, kterĚ mi v poĚtĚcĪch psanĪ prĚce pomohla ujasnit si potĚbnou problematiku a Ī nadĚle je mi k dispozici pĪ konzultacĪch.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím/Nesouhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 10.3.2014

Eva Zemanová

V Praze dne:

Podpis studenta

ABSTRAKT BAKALÁ SKÉ PRÁCE

Jméno: Eva Zemanová

Vedoucí práce: Kateřina Svěcená

Název bakalářské práce:

Case management z pohledu ergoterapeuta u osob se spinálním poraněním,

Case Management from the point of view of the occupational therapist in persons with the spinal cord injuries

Abstrakt bakalářské práce:

Bakalářská práce se týká tématu case managementu u spinálních pacientů. Zaměřuje se na pojem case management, tedy koordinované vedení případu. Informuje tedy o možnosti, jak propojit služby s uživatelem a zkoordinovat jednotlivé fáze rehabilitace u spinálních pacientů, jejichž léčba je zdlouhavá a rozlehlá na mnoho zařízení. Dále zjistíme, jaké služby case manager uživatelům nabízí. Momentálně je hojně využíván v zahraničí, v naší republice se zatím rozvíjí postupně se značným zpožděním, zjistíme tedy, zda by se uplatnil i v našich podmínkách a jakým způsobem. Dozvídáme se zde o systému organizace rehabilitačních zařízení a jejich propojení, informace ke spinálnímu programu v České republice i v zahraničí. Nedílnou součástí je zapojení ergoterapeuta do tohoto procesu a zhodnocení informací o tom, jakým způsobem se ergoterapeut může do case managementu zapojit. Praktická část si klade za cíl zjistit, zda rehabilitační zařízení využívají case managery a zda by case management byl pro pacienty s míšním poraněním přínosný. Pokusíme se zde také potvrdit či vyvrátit dvě stanovené hypotézy a to pomocí dotazníkového šetření a rozhovorů s pacienty i se jednotlivými zařízeními. Diskuze poté zpracovává zjištěné poznatky a porovnává je s poznatky jiných autorů.

Klíčová slova:

Case management, spinální poranění, organizace rehabilitace, rehabilitační zařízení, role ergoterapeuta

Abstract:

This Bachelor thesis concerns to case management for patients of spinal cord injury. It focuses on the concept of case management. This is a coordinated manage of case. Informs about the possibilities to connect services with the user and to coordinate the various phases of rehabilitation for spinal patients whose treatment is lengthy and takes place in many medical facilities. Furthermore, there also we find out what services the case managers offer to users. Case management is widely used abroad but in our country is developed gradually and with considerable delay. We will find out whether it be used in this patient group in our country and how. We will learn how looks the organizations system of rehabilitation in selected facilities, interconnection of rehabilitation and information on spinal program in the Czech Republic and abroad. An integral part of the Bachelor thesis is involvement of occupational therapist in this process and evaluation the information on how the occupational therapist may participate in the case management. The practical part aims to determine whether rehabilitation facilities uses case managers and whether case management is benefit for patients with spinal cord injury. We will try to also confirm or disprove two hypothesis with help of questionnaire research and interviews with patients and with different medical facilities. The discussion then is processing discovered findings and compares them with the findings of other authors.

Key words:

Case management, case manager, spinal cord injury, organizations of rehabilitation, rehabilitation facilities, role of occupational therapist

OBSAH

1. Úvod.....	8
2. Case management	10
2.1. Vznik a vývoj case managementu ve sv t	11
2.2. Vznik a vývoj case managementu v eské republice.....	13
2.3. Role ergoterapeuta v case managementu.....	16
2.4. Modely case managementu a role ergoterapeuta v t chto modelech.....	18
3. Koordinace rehabilitace a case managementu u spinálních pacient	23
3.1. Pojem rehabilitace u spinálních pacient	25
3.2. Organizace rehabilitace osob se zdravotním postižením v R.....	26
3.3. Spinální program v eské republice v souvislosti s case managementem	28
3.4. Case management u spinálních pacient v zahrani í.....	34
4. Praktická ást	37
4.1. Výzkumné cíle práce a formulace hypotéz.....	37
4.2. Metodologie bakalá ské práce	38
4.3. Metoda sb ru dat a charakteristika zkoumaného vzorku.....	40
4.4. Analýza výsledk výzkumného šet ení	41
4.5. Prezentace výsledk výzkumu.....	45
5. Diskuze	50
6. Záv r.....	55
Seznam odborné literatury	57
P ílohy.....	62

1. Úvod

Před studiem ergoterapie jsem vystudovala Vyšší odbornou školu obor sociální práce. Poté jsem hledala navazující studium, které bylo sociální práci podobné a mé znalosti dále rozšířil a obohatil. Po dokončení studia ergoterapie bych se ráda vnovala obma oborům, protože se podle mého velmi dobře doplňují a prolínají. Proto jsem se také při výběru tématu mé bakalářské práce snažila najít nějaké téma, které bude oba dva obory propojovat, případně takové téma, u kterého by byly znalosti z předchozí školy nějakou výhodou a mohla bych oba obory porovnávat. Téma case managementu mne tedy zaujalo ze všech těchto důvodů. O case managementu se začalo v České republice hovořit až v polovině 90 let, tedy minimálně s více než dvacetiletým zpožděním za západním světem (Stuchlík, 2002) a stále je to poměrně málo využívaný a prakticky neznámý pojem, který by však mohl mnoha organizacím usnadnit práci a pro mnohé pacienty by jeho využití v takovémto oboru mohl být zcela zásadní v jejich rehabilitaci a dalším životě.

Case management je „aktivita propojující systém služeb s uživatelem a koordinující různé součásti systému služeb, je to základní řešení k zajištění kontinuity péče“ (Stuchlík, 2002)

Organizace v sociálních službách zaměstnávají klíčové pracovníky, což by se dalo považovat za jistou formu case managementu. Ovšem toto jsou v tšinou sociální pracovníci, kteří mají přehled o sociální situaci daného pacienta, méně však již o jeho rehabilitaci. Proto by mi přišlo zajímavé zamyslet se v této práci nad tím, zda by tuto práci mohl vykonávat také ergoterapeut.

Práci zaměřím na pacienty se spinálním poraněním, protože jsem v poslední době měla možnost absolvovat praxi v několika zařízeních zajišťujících jejich rehabilitaci a práce s nimi mne velmi zaujala a přišla mi velmi zajímavá. Podle statistik České společnosti pro míšní léze se počet pacientů s poraněním páteře a míchy každoročně zvyšuje. Mezi nejčastější příčiny těchto poranění patří pády z výšky, dopravní nehody, pracovní a sportovní úrazy. Roční počet nových vzniklých poranění je odhadován na 4/100 000 obyvatel, kdy převažují poměrem 3:1 muži. V akutní fázi zemře 10% zraněných. Téměř každý 40. pacient, který je ošetřen v traumacentru, má poranění páteře a míchy. Náklady na léčbu a následnou péči jsou enormní. Například, jak uvádí Koloušková (200) v prvním roce léčby jednoho paraplegika byla v USA vyčíslena

částka 271 000 dolar , každý další rok potom 27 000 dolar . Celoživotní náklady u 25letého poraněného mohou tedy být až 1 milion dolar .

Case management má za úkol koordinovat péči o pacienta a tím také finanční úsporu vynaložených nákladů , proto by byl pro tuto skupinu pacientů více než vhodným nástrojem. Z mých rozhovorů s pacienty vyplývá, že organizace rehabilitace pro ně byla značně složitá a velmi by ocenili, kdyby se jim jeden pracovník vynořoval po celou dobu jejich rehabilitace, a nebo alespoň v každém zájezdu, jichž navštívili několik. Uvedu zde tedy proto systém rehabilitační péče o tyto pacienty a možnosti spolupráce s tímto zájezdem. Dále vše srovnání se zahraničím, kde již case management funguje ve větší míře již od 70.let minulého století.

Cílem bakalářské práce je zjistit roli ergoterapeuta v case managementu. Pokusíme se zjistit, zda jsou ergoterapeuté jako case manageri zaměstnáváni, zvláště pak u pacientů se spinálním poraněním. Zjistíme, zda by pacienti v průběhu rehabilitace po úrazu míchy využili spolupráci s case managerem a zda zájezdu zajišťující rehabilitaci case managerů využívají či jinak koordinují péči o své pacienty. Chceme také zjistit, o jaký typ podpory by měli pacienti zájem a zda jim vůbec takovýto typ služby není jak chybí, nebo stále chybí. Zjistíme, jak tuto péči zajišťují v zahraničí. Také se pokusíme najít možná řešení této problematiky v České republice.

2. Case management

Pojem „management“ by se z anglického „to manage“ dal překládat jako „*ídit, vést, organizovat, spravovat, hospodařit, dosáhnout cíle*“. (Svobodová in Matoušek, 2003) „Case“ lze přeložit jako případ, kauzu, proces nebo eventualitu. Sloslovní „case management“ je nejčastěji překládáno jako „*koordinované vedení případu*“, „*hospodaření v rámci případu*“ (Musil, 2012) nebo „*případové vedení*“ (Stuchlík, 2002).

Prozatím prakticky neexistuje jednotná a všeobecně akceptovaná definice termínu case managementu. Provedení case managementu je odlišné díky rozdílným kulturním a ekonomickým faktorům a odlišným cílům. Lze jej však obecně popsat jako koordinovaný přístup k poskytování služeb, který se snaží zajistit, aby pacienti s komplexními problémy přijímali služby které potřebují a vhodným způsobem, tedy propojují služby s uživatelem. Szotáková (2012) považuje za zásadní tyto tři nejčastěji zmíněvané základní funkce case managementu, tedy uvědomění si komplexních potřeb pacienta, zprostředkování jim potřebných zdrojů vhodné pro jeho aktuální potřeby a sledování efektivního průchodu službami.

Stuchlík (2002) společně s Akreditovanou radou Psychiatrických zařízení vytvořil jednu z prvních definic case managementu: „*Aktivita propojující systém služeb s uživatelem a koordinující různé součásti systému služeb.... Je to základní řešení k zajištění kontinuity péče a odstranění systémových problémů jako je rigidita systému, fragmentace systému, zneužívání n kterých zařízeních a nedostupnost n kterých služeb.*“ Vanderplasschen (2004) tvrdí, že se také jedná o službu, která poskytuje pacientům trvalou podporu péči a umožňuje propojení s odpovídajícími zdroji pomoci v komunitě.

Americká národní asociace sociálních pracovníků (NASW, 1992) definuje case management takto: „*Case management v sociální práci je metoda poskytování služeb, jejíž pomocí odborný pracovník zjistí u pacienta a jeho rodiny (tam, kde je to vhodné) a organizuje, koordinuje, monitoruje, hodnotí a prosazuje sadu služeb určitého typu, která je šitá na míru specifickým potřebám pacienta.*“

Hlavní principy case managementu tedy spoívají ve zprostředkování potřebných zdrojů, které pacient potřebuje, efektivní formou. Nejčastěji je autory i poskytovateli vnímán jako nekonečně otevřená služba bez časového omezení. Po obrovském

rozmachu případového vedení v různých zemích, oblastech a profesích se přílišavá definice hledá jen stíží, zvlášt když vzniklo hned několik modelů tohoto způsobu práce. V angloamerické literatuře byl pojem case management užíván 25 let, v poslední době je nahrazován termínem asertivní komunitní péče. (Nepustil, 2013)

Koordinace péče o pacienty je využívána v různých oblastech. Nejastji je využívána u osob s mentálním i psychiatrickým postižením, ale stále astji se využívá i ve zdravotnictví, písnaze o lepší koordinaci veškeré péče poskytované pacientům. Tedy všude tam, kde je třeba péči o pacienta koordinovat, protože se u něj stídá v tšípole odborníků a využívá širokou škálu služeb. V rámci multidisciplinárních týmů se case management uplatňuje jako koordinátor služeb a celého týmu.

2.1. Vznik a vývoj case managementu ve světě

V západním světě se záal case management rychle rozvíjet v sedmdesátých letech minulého století a to zejména v péči o duševně nemocné a lidi s mentálním postižením. Se stoupající snahou o deinstitucionalizaci služeb záala být poptávka po case managerech stále vyšší. V komunitách záala stoupat také poptávka po pracovnících, kteří budou pacientům pomáhat služby zajišovat a koordinovat. A pesnto je základním principem case managementu. V USA se záaly postupně utvářet koordinované modely péče. Postupně se záala vytvářet role case manažera, který byl zodpovědný zá úelné poskytování služeb pacientovi, zatímco souasn probíhala deinstitucionalizace péče smrem z nemocnic a léeben do pirozeného prostředí. Dležitým krokem bylo propojení zdravotních a sociálních služeb právě pomocí case managementu. Potom byl case manažer ustanoven jako profese, byly vytvořeny standardy, vznikaly asociace case manažerů, etické kodexy a další. (Nepustil, 2011)

Tento způsob práce se záal rozvíjet po celém světě a v současnosti existuje nespočet modelů a variant. V některých je case manažer především zprostředkovatelem služeb, v jiných je nejdležitější osobou pro pacienta, která některé služby sama poskytuje, případně je členem širšího týmu, ve kterém je odpovědnost zá pokrok pacienta sdílena. Krom různých způsobů práce také narostl počet cílových skupin, ve kterých byl case management aplikován. Stuchlík (2002) dále uvádí, že tento postup záínají využívat krom pracovníků v oblasti duševně také odborníci pracující se seniory, s mentálně postiženými, s delikventy, drogově závislými osobami apod.

Zmi uje se také o jejím rozvoji tvorbu dosud platných standardů pro systémy asertivní komunitní péče.

Ve Velké Británii byly motivací pro rozvoj case managementu zvýšené náklady na opakované hospitalizace pacientů a s tím spojené vyšší náklady na péči. Tyto zvýšené náklady vzbudily pozornost a bylo zjištěno nedostatečné financování služeb pro lidi opouštějící psychiatrické nemocnice, stejně jako obrovské rozdíly mezi místními úřady ve výši výdajů na služby pro lidi s duševními problémy. Řešením se ukázalo předat odpovědnost co nejbližší ke pacientovi a jeho rodině i pečovatelům a předání péče o strategii a financování procesu péče case managerovi. Role case managera tedy v sobě obsahuje odpovědnost za strategii a financování (Stuchlík, 2002) na rozdíl od České republiky, kde zatím zaměření na financování chybí. Case manager je v našich podmínkách tedy ten, kdo hodnotí potřeby pacientů a koordinuje využití finančních prostředků. Tímto kroky se posílily role pacienta i pracovníka a vzrostly nároky na osobu, která se ujímá druhé pozice.

Postupně zavedly case management stovky programů v Kanadě a ve Spojených státech a v některých evropských zemích včetně Nizozemska, Německa a Belgie. Case management však byl všude přijat v trochu jiné podobě. V zahraniční praxi je case management hojně využíván v oblasti zdravotnictví, psychiatrie nebo sociální práce. (Ficová, 2014)

Nejčastěji se využívá pro osoby s mentálním i psychiatrickým postižením. Case managery jsou pracovníci s rzným vzdláním. Například v Kanadě se o rozvoj a provádění služeb case managementu pro osoby s psychiatrickým postižením významně zasloužili ergoterapeuté. Ergoterapeuté zde fungovali jako case manažeré i, jako dohled na case management nebo vedoucí pracovníci v řízení služeb case managementu. V rámci profese zkoumali inovativní modely dodávání služeb, které mohou pomoci překlenout propast mezi současným systémem zdravotní péče a schopnostech pacienta dosáhnout úspěchu v každodenním životě a ve společnosti. (Krupa, Clark, 1995)

2.2. Vznik a vývoj case managementu v České republice

V České republice Stuchlík (2002) představuje metodu pomocí několika základních prvků, které jsou pro metodu nezbytné:

- pohled o potřebách a schopnostech pacienta
- plánování, kdy plán obsahuje jasné definované cíle
- uskutečnění plánu za pomoci pacienta a jeho vlastních sociálních kontaktů
- monitorování a zaznamenávání dosaženého i naopak nedosaženého pokroku
- vyhodnocování výsledků práce se všemi, kteří se na ní spolu s pacientem podílejí

Do České republiky deinstitutionalizace a antipsychiatrické proudy v sedmdesátých letech neprošly a o případovém vedení se začalo hovořit až v polovině let devadesátých, tedy minimálně s více než dvacetiletým zpožděním za západním světem (Stuchlík, 2002). Největší pozornost vyvolaly tyto snahy u pracovníků péče o duševně nemocné, především psychiatrů a psychologů, což bylo patrné zejména tím, že vzdělávání v sociální práci bylo teprve v počátcích. Neaktivnější byla v tomto směru nezisková organizace Fokus, která vytvořila několik týmů case managerů, z nichž některé úspěšně fungují dodnes. (Stuchlík, 2002) Ovšem v české odborné literatuře zatím nenajdeme publikaci, která by vymezovala tuto metodu, snad vyjma několika zmínek v díle Matouška a dílech Stuchlíka. Svědčí o tom i konstatování prvního autora, že u nás se pojem management v sociální oblasti vyskytuje zatím velmi málo. Což zejména platí o metodě samotné, nemluvíme o zohlednění specifických cílových skupin. Vzhledem k její krátké historii u nás je to pochopitelné, nedostatek literatury v českém jazyce a informací o využití v ČR však znesnadňuje její uchopení. (Nobilisová, 2012)

Case management nemá v současné době adekvátní český ekvivalent. I když se můžeme setkat s příkladem „případové vedení“, ale toto označení se příliš nevíže a nepoužívá se. V odborné literatuře, ale také v praxi se nejčastěji setkáváme s pojmem „case management“, který bývá někdy nahrazován pojmem „asertivní komunitní léčba.“ Toto označení považuje u komunitní léčby převážně v oblasti péče o duševní zdraví.

Pro ostatní typy case managementu, používaných na našem území by více sedl typ nazývaný intenzivní case management.

Podle Musila (2011) čeští lékaři i často považují case/care management za strukturovanější variantu případové sociální práce a chápou jej proto jako koncepci řízení pomoci v rámci případu. Podle vodního pojetí jde však v case managementu o hospodaření, tudíž by měl být tento pojem překládán jako „hospodaření se službami v rámci případu“. To může být dáno tím, že v českých podmínkách na sebe case management nejprve vzal podobu koordinované péče v rámci případu, kde vzniká vztah mezi pracovníkem a pacientem.

„V rámci praxe v České republice je cílem především pomoci pacientovi dosáhnout uspokojivé kvality života v prodlouženém prostředí a stabilizovat jeho zdravotní stav při minimalizovaném počtu hospitalizací.“ (Nepustil, 2010)

Pokud se již někde nějaká forma case managementu využívá, tak v podobě klíčových pracovníků v sociálních službách, kteří koordinují práci s pacientem v daném zařízení a mají za úkol konzultovat s pacientem jejich plány a poté informovat ostatní členy týmu. Case management a zejména jeho hlavní nástroj – případová konference, se postupně rozšiřuje.

Case management je využíván v naší republice na různých úrovních. Od jednotlivých center nemocnic přes koordinaci služeb v rámci města (například město Chrudim) až v rámci celého státu. Tato forma je využívána v zahraničí, ovšem u nás tato celostátní forma zavedena není, nebo se mi ji nepodařilo dohledat.

Koordinátorem péče by měl být pacient, který sám určí, jaký vztah je pro něj klíčový, ovšem role koordinátora vyžaduje určité schopnosti a záleží tak i na samotných pracovnících. Záleží tedy z jaké úrovně koordinaci přistupujeme.

Následující rozdělení uvedl na svých stránkách Nepustil (2013):

1) Samotný pracovník přistupuje k případu z vlastní vůle, popř. na základě pobídky od pacienta. Tuto roli bude poté plnit zodpovědně a s chutí, nicméně už v běžném životě zaručeno, že tato role bude respektována okolím. Pokud někdo jiný (klidně i ze stejné organizace) zároveň s pacientem paralelně pracovat na jiných cílech, neexistuje žádný arbitr, který by rozhodl, kdo pochybil.

2) Role je vytvořena v rámci jedné služby nebo jedné organizace. Záleží na managementu služby, jak tato role bude přijata v týmu a jak se tým bude podílet na jejím utváření. Platí potom úmíra: čím větší je organizace, tím větší pole působnosti bude koordinátor mít, zároveň však bude náročnější na jeho roli dohlížet.

3) Samospráva i vláda, která rozhodne, který pracovník nebo tým pracovníků bude koordinovat péči o určitou skupinu pacientů. Pracovníci se koordinátory stanou tak, že to stanoví zákon i vyhláška. Tady je potom poměrně snadné tuto pozici obhájit, nicméně o to náročnější bude zajistit a kontrolovat, aby příslušní pracovníci tuto roli opravdu kvalitně vykonávali.

Case manager by měl mít co nejlepší podmínky pro to, aby dokázal s pacientem navázat dobrý vztah založený na důvěře. Zdá se, že vytvoření podmínek pro case management je zásadní a ideální stav je, když na tom spolupracují všichni zainteresovaní: od vlády až po zdravotního pracovníka.

Case manager se v našich podmínkách také nazývá koordinátor případu i klíčový nebo případový pracovník. Ovšem pojem klíčový pracovník je již zavedený v sociálních službách a označuje poněkud jiný způsob práce s pacientem. (Solařová, 2013) V našem prostředí se tedy jedná o spolupráci mezi jednotlivými subjekty, podílející se na práci s daným pacientem. Tedy mezi státním a nestátním sektorem ale i jako spolupráci různých organizací mezi sebou. Některé organizace v České republice s pacienty podle této představy pracuje. Jejich cílem pak není nákup služeb a úspora financí při přechodu službami, ale úspora vynaložených nemateriálních prostředků a námahy, zefektivnění přechodu službami, zlepšení návaznosti služeb a zkrácení doby, ve které pacient spolupracuje s pomáhajícími organizacemi a využívá jejich služeb. Jednotlivé organizace mezi sebou spolupracují a tak dokáží pacienta odkázat na další vhodné zařízení a tím urychlují a usnadňují přechod službami. Mezi příklady v této oblasti řadíme neziskové organizace jako například sdružení Focus, chrudimské sdružení Šance pro Tebe, pardubická Amalthea, poradenské centrum Pasáž i brněnský IQ Roma Servis.

Lze tedy říci, že na našem území je case management v určité míře využíván a existuje prostor pro jeho rozvoj. Prozatím však neexistuje jednotný konsensus ohledně terminologie a obsahu case managementu.

Nepustil na svých stránkách uvádí, že v České republice ještě na výraznějším rozšíření čekáme, ovšem v zahraničí již má svůj nejvyšší rozmach za sebou. Také se zde již snaží o jeho přepracování. Česká republika by této situace mohla využít a použít se ze stávajících studií. Výsledky studií jsou sice sporné. Zatímco některé prokazují pozoruhodné výsledky, a už v rovině zvyšování kvality života pacientů, anebo na úrovni ekonomické efektivity programů, jiné konstatují, že case management selhává v obou rovinách. Nejen z těchto výsledků je zřejmé, že case management se stal

termínem, který se používá pro velice odlišné způsoby praxe, přičemž u nich kterých sloužil pouze jako „módní doplněk“. Pro naše sociální služby jsou však tyto studie vynikající možností, jak zamezit tomu, abychom při zavádění případového vedení museli čelit stejným problémům.

2.3. Role ergoterapeuta v case managementu

Case manager, který se bude vnovat pacientům, musí mít znalosti o dané problematice ve všech ohledech, které daný obor přináší. Je tedy třeba, aby měl potměrné vzdělání a velké zkušenosti v práci s daným typem pacientů. Case managery tedy mohou být všichni ti, kteří se s pacienty často setkávají a mají potměrné vzdělání – tedy sociální pracovníci, kteří mají přehled o sociálních potřebách, dávkách a dalším, fyzioterapeuté, kteří mají přehled o fyzickém a zdravotním stavu pacienta, praktičtí lékaři, kteří se s pacienty pravidelně setkávají a řídí jejich léčbu a také ergoterapeuté, kteří mají přehled o zdravotním stavu, sociální situaci ale i o dalších potřebách pacienta.

Praxe case managera je komplexní a nese s sebou několik rolí a dovedností. Case manager nese osobní odpovědnost za svůj profesní rozvoj a kompetence v souladu s kodexem etiky, standardy pro další profesní vzdělávání, a licenčními nebo certifikačními požadavky státu, ve kterém působí. Národní asociace sociálních pracovníků (NASW-The National Association of Social Workers) v roce 2006 stanovila normy, které zdůrazňují důležitost case managerovy odpovídající znalostní základny, vzdělání a úrovně dovedností. Průběžné vzdělávání je tedy velmi důležitou součástí této profese. Zdravotničtí pracovníci a mezi nimi i ergoterapeuté mají povinnost neustálého vzdělávání. Pokud by toto bylo vhodné a bylo kvalitní, budou mít tedy neustále aktuální informace nutné pro vedení svých pacientů a pro poskytování co nejvyšší kvality služeb.

Case managery se u nás nejčastěji stávají právě sociální pracovníci, jakožto jedni z mála pracovníků, kteří mají potměrné kompetence a vzdělání. Krom toho je to dle mého názoru také již obecně přijímaný fakt. Otázkou ovšem zůstává, pro sociální pracovníci. Z veškeré literatury totiž vyplývá, že za zásadní auto i považují dosažené znalosti, zkušenosti, orientaci v problematice a schopnost vést pacienta a napomáhat mu ve všech oblastech. Žádné vzdělání "case manager" u nás neexistuje a jedině, co je dostupné, jsou různé krátké kurzy a školení a diskuze s ostatními case

managery. Case managerem se tak stávají lidé, kteří s pacienty pracují a mají o jejich stavu nejvyšší pohled. A protože toto jsou ve většině institucí právě sociální pracovníci, je to vnímáno automaticky tak, že to musí být oni.

Ovšem case managery mohou být i další pracovníci. Obzvláště v zahraničí jsou to zdravotní sestry i psychologové. O tom, že by práci case managera vykonávali i ergoterapeuté se literatura příliš nezmiňuje. Nicméně v zahraničí je již toto také běžné, jak uvádí například Kanadská asociace ergoterapeutů (CAOT) na svých stránkách. Zjistíme zde, že náplň práce ergoterapeuta je také case management. Jedním z mála autorů, kteří se k tomu tématu vyjadřují, je Krupa a Clark ve svých článcích. Vyzdvihují zejména vzdělání ergoterapeuta, kteří mají odborné vzdělání a zkušenosti v oblastech, které jsou považovány za nedílnou součást služeb case managementu. Se zaměřením na komunitní praxi, jsou ergoterapeuté ve výborné pozici stát se case managery.

Otázkou ovšem zůstává, proč je case management ergoterapeutů využíván více v zahraničí než u nás. Pravděpodobně je to způsobeno tím, že ergoterapie je v zahraničí známější a uznávanější profesí a obecně je jí více zaměřeno, než u nás a jsou tedy s pacienty více v kontaktu. Krupa, Clark (1995) ve svém článku uvádí, že ergoterapeuté jsou v současné době zapojeni do zpracovávání a provádění služeb case managementu pro těžce mentálně postižené. Domnívají se, že předpoklady, na kterých je ergoterapie založena, jsou v souladu se zásadami, pro které byl case management zaveden. Se zaměřením na komunitní praxi jsou ergoterapeuté ve výborné pozici stát se case managery. A dále že jedinečným přínosem ergoterapie je ve specializované úrovni akademického a dovednostního výcviku terapeuta, který má vliv na pracovní výkon pacienta. Obávají se však, že existují situace, na které jsou ergoterapeuté méně připraveni například krizové řízení, rozvoj lidských zdrojů, rodinné intervence, systémy advokacie a lobování. Navrhují tedy jejich soustavný výcvik a přípravu i na tyto obory. Case management má, dle těchto autorů, ergoterapeuta poskytnout silný pocit důvěryhodnosti a profesní identity.

Z toho lze vyvodit, že pro některé skupiny pacientů - třeba právě pro pacienty se spinálním poraněním (ale i pro další), by byl ergoterapeut jako case manager vhodný a možná dokonce vhodnější než sociální pracovník.

2.4. Modely case managementu a role ergoterapeuta v těchto modelech

V zahraniční odborné literatuře se setkáváme s několika modely case managementu, které se od sebe liší a jsou různě organizované. Tyto rozšířené modely case managementu, umožní ergoterapeutovi rozvíjet úzkou spolupráci s individuálním pacientem. „*Identifikace a návaznost na silné stránky pacienta je jednodušší, když se pacient zabývá v čem v každodenním životě v rámci komunity. Úroveň samostatnosti a odpovědnosti zkušených case manažerů vyžaduje kreativitu, potřebné znalosti a dovednosti k vývoji a spolupráci s celou skupinou lidí.*“ (Krupa, Clark, 1995)

Který model je vhodný pro rehabilitaci a byl by vhodný pro využití case managerem-ergoterapeutem, bude zmíněno u jejich jednotlivých podob. Následující dělení case managementu bylo mimo jiné převzato z bakalářské práce Michaely Ficové s názvem Využití metody case managementu v České republice.

Case management můžeme rozdělit hned z několika pohledů :

- z hlediska počtu odborníků na individuální x týmový
- dle spolupráce členů týmu na vnitřní x vnější
- dle způsobu komunikace na aktivní x pasivní

Individuální a týmový case management

V individuálním case managementu vede pacient v případě pracovníků samotný. Růží za kvalitu zvolených postupů, a společně s pacientem se podílí na rozhodování o využívání služeb. V týmovém case managementu se na řešení pacientovy situace podílí celý tým odborníků z různých oblastí, kteří sdílí společné pacienty. Ergoterapeut by zde mohl využívat oba modely- pracovat s pacientem individuálně, pokud by jeho potřeby byly plně v jeho kompetenci a dokázal by je vyřešit bez pomoci ostatních kolegů a týmu a nebo by mohl být ergoterapeut i vedoucím celého týmu odborníků, kteří by se podíleli na řešení pacientových obtíží a doporučovali by mu ostatní služby na základě svých odborností.

Vnitřní a vnější case management

Pokud se na řešení pacientovy situace podílí několik odborníků v rámci jedné organizace, kteří spolupracují, jedná se o vnitřní case management. V týmu, kde je využívána spolupráce v rámci organizace, ale podílí se další subjekty vně této

organizace r znou mírou spolupráce (nap íklad to mohou být poskytovatelé služeb, školy, léka i, pracovníci obce, Policie R) se využívá vn jší case management.

Ergoterapeut m že být case managerem jak v rámci týmu jedné organizace, tak v rámci širšího multidisciplinárního týmu, do kterého budou zahrnuti všichni, kte í tvo í pacientovo okolí. Zde by byl ovšem nutný již speciální výcvik a velmi dobré organiza ní schopnosti daného pracovníka. Op t se dá využít v rámci jedné organizace, ovšem vn jší case management by na regionální i celostátní úrovni mohl nej ast ji zajiš ovat praktický lékař .

Pasivní a aktivní týmy case managementu

Toto rozd lení probíhá na základ zp sobu komunikace mezi leny týmu. U pasivních tým p evažuje elektronická i telefonická forma komunikace, oproti aktivním tým m, které se pravideln setkávají a informují se osobn , využívají i p ímou spolupráci s pacientovým okolím i s ním samotným.

Oba typy tým se dle mého názoru prolínají a jen ve velmi ídkých p ípadech zde bude pacient sou ástí pouze aktivního týmu, který se m že jako celek pravideln setkávat. Nejpravd podobn ji zde bude užší multidisciplinární tým, nap íklad jednoho za ízení, který bude fungovat jako aktivní tým s pravidelnými sch zkami a do tohoto týmu budou zavzati i další pracovníci, kte í budou fungovat v širším pasivním týmu, které bude case manager koordinovat. Case managerem zde m že být zvolen jeden ze zásadních pacientových terapeut . P íkladem takového fungování mohou být r zné zahrani ní týmy jako kanadský CAOT, který uvádí, že ergoterapeut je velmi asto zvolen case managerem.

Jedním z možných nástroj case manager v t chto týmech mohou být p ípadové konference. (Case management v sociálních službách, 2013) Pojem p ípadová konference ovšem bývá n kdy myln zam ován s pojmem case management. Je-li case management chápán jako metoda práce s pacienty, pak p ípadovou konferenci lze vnímat jako nástroj této metody. P ípadové konference za aly být realizovány v 70. letech 20. století v USA a postupn se rozší ily i do dalších zemí. Jsou využívány jak v sociálních službách, tak ve zdravotnictví. P ípadové konference jsou u nás pom rn asto využívaným nástrojem, jedná-li se o spolupráci multidisciplinárního týmu. Využívají je nap íklad Centrum Paraple i Klinika rehabilita ního lékař ství a mnohá další za ízení, p i svých pravidelných konzultacích individuálních plán pacient .

V akademických časopisech již bylo zaznamenáno více než tucet různých modelů (v etn zdravotního, sociálního, řízené péče, ekologického, intenzivního a klinického). Z těchto modelů byly vytvořeny ty i komplexní kategorie. Nejpoužívanější modely case managementu jsou tyto:

Brokerský model: úkolem case managera je zde podle Scotta a Lehmana (Líman, Stuchlík in Haasová, 2008) koordinovat služby v dané oblasti, jeden pracovník má na starost mnoho pacientů, týká se i více. Úspěšnost je zde závislá na kvalitě a dostupnosti služeb v regionu. Case manager pracuje převážně v kanceláři a nemá možnost navázat s pacientem bližší vztah, má koordinující funkci a může být také poskytovatelem služeb. Je tak vlastně zodpovědný za zprostředkování služeb, aniž by osobně poskytl jakoukoli péči. Také nenesou finanční zodpovědnost za pacienta, jeho úkolem je pouze posoudit, naplánovat, odkázat a monitorovat. Díky tomu není jistá kvalita služby, ani zda bude služba pacientovi prospěšná. Hlavním cílem je snížení institucionální péče mezi ohroženými pacienty a přijetí dlouhodobé domácí ošetrovatelské péče prostřednictvím přístupu k dostupným zdrojům komunity.

Dle tohoto by se ergoterapeut jako case manager v tomto modelu příliš neuplatnil. Ergoterapeuté chtějí navazovat s pacientem vztah, poskytovat mu nějaké služby přímo a navíc v našich podmínkách pracují zatím převážně v nějaké organizaci, kde jsou s pacientem v přímém kontaktu a jejich snahou je analyzovat prospěšnost služby pro pacienta. V tomto modelu by bylo možné využít úředníka, například tak, jak zamýšlí MPSV v rámci svého dokumentu, kde má úřad práce na starosti fázi pracovní a sociální rehabilitace pacientů.

Intenzivní case management (ICM): jak uvádí Haasová (2008), tak v tomto modelu case manager poskytuje služby jako je nácvik dovedností, odborné poradenství, vyhledává, zprostředkovává a koordinuje vhodné služby. Každý pacient má zpravidla svého case managera a pacient není sdílen týmem. Jeden pracovník má na starost deset až třicet pacientů. Pacient je v kontaktu pouze s jedním case managerem, což znamená, že s ním tráví velké množství času. Case manager pracuje primárně v komunitě.

V tomto modelu by se již ergoterapeut, který by pracoval na komunitní úrovni, mohl zapojit výrazně více. Navazuje zde silný vztah s pacientem, pracuje na jeho osamostatnění a zprostředkovává mu další vhodné služby v okolí, což v praxi ergoterapeuté dělají. Pokud s pacientem spolupracují v menším zájmu, i při individuálních terapiích, často mu doporučují další návazné i doplňkové služby.

Asertivní komunitní léčba (Assertive Community Treatment): case manager i v tomto modelu pracují v multidisciplinárním týmu a pacienti jsou sdíleni celým týmem. Většinou všechny služby může zajistit tým, který je tak potenciálně nezávislý na dalších službách v regionu. Jeden pracovník má na starost osm až deset pacientů. Důležitá je zde navazování vztahů s pacienty v jejich přirozeném prostředí, zaměření na praktické problémy každodenního života, zvládnutelný počet případů, časté kontakty mezi pracovníkem a pacientem, týmový přístup a sdílení případů a dlouhodobý závazek ke pacientům. Je zde úzké spojení terapeutických, rehabilitačních a sociálních potřeb. (Gillman, Stuchlík 2005 in Haasová, 2008)

Tento model prakticky kopíruje poskytování služeb v multidisciplinárních týmech jednotlivých zařízení, tak jak to funguje i u nás. Navíc je medicínsky orientovaný, což opět koreluje s tím, že ergoterapeut je zdravotnický pracovník a často pracuje ve zdravotních službách. Ideální model, pokud pacient nepotřebuje další služby vně týmu, například pro jedno zařízení. Základní zásady jsou navíc totožné s tím, o co se snaží ergoterapeut během své intervence – tedy například navazování vztahu, zaměření na praktické problémy a podobně. Tento model pak využívá zařízení, která fungují nezávisle na dalších službách. Příkladem by mohly být různé služby pro lidi s mentálním či psychiatrickým postižením, pro které jsou organizovány různé chráněné bydlení a terapeutické komunity.

Klinický model (Clinical Case Management): někdy též rehabilitační, je nejčastěji kombinací psychoterapie a case managementu. Služby zaměřené na pacienta v sobě mohou nést poskytování terapie, včetně specifických technik a rodinnou terapii. Role case managera je náročnější, je na něj kladena větší zodpovědnost. Někdy je motivován nedostatkem zaměstnanců a ekonomickou úsporou. Je výhodnější, když všechny služby poskytne jeden case manager. (Szoťáková, 2012) Tento model identifikuje silné a slabé stránky pacienta a pokouší se napravit celou řadu problémů a potřeb, které mohou zahrnovat zdravotní, duševní, odborné a sociální otázky.

Intenzivní case management rozšiřuje rehabilitační model použitím multidisciplinárního týmu. Tým se skládá z případových manažerů, terénních pracovníků, rehabilitačních odborníků a zdravotnických pracovníků. Tento model se spoléhá méně na vnější doporučení a používá vlastní tým k poskytování veškerých služeb pacientovi. Case manager v tomto modelu koordinuje nejen péči, ale také poskytuje klinickou podporu a pacienta využívá podle svých dovedností. Využití tohoto modelu je obecně doporučeno u pacientů, kteří mají potřebu dlouhodobé péče.

Vztah mezi pacientem a terapeutickým týmem je otevřený proces a probíhá průběžně podle potřeby, spíše než aby byl omezen na specifické cíle. Je však obtížnější určit, kdy ukončit péči.

Tento model by byl opět vhodný, pokud by case managerem mohl být ergoterapeut. Ovšem musel by mít doplňující psychoterapeutické vzdělání, protože model předpokládá kombinaci těchto technik. Objevuje se zde opět multidisciplinární tým, jehož je ergoterapeut často součástí a opět se snaží poskytnout v rámci služeb vně tohoto týmu.

Tyto poslední modely jsou využívány často tam, kde je celý komplexní tým, jako například v Centru Paraple, které zde sice poskytuje sociální služby, tudíž zde hlavního pracovníka nazývají klíčovým pracovníkem, nicméně je to jedno z mála zařízení, které poskytuje komplexní služby pacientům po spinálním traumatu a snaží se o velkou provázanost jejich služeb. Pokud bychom pak mohli stanovit, jaký model se zde využívá, tak je to týmový- vnitřně-aktivní case management a asertivní komunitní model.

3. Koordinace rehabilitace a case managementu u spinálních pacientů

„Rehabilitace je vnímána jako proces, jehož cílem je umožnit lidem s disabilitou dosáhnout a udržet si optimální funkční úroveň fyzických, senzorických, psychologických a/ nebo sociálních schopností. Rehabilitace poskytuje lidem s disabilitou nástroje, které jim pomáhají zachovávat soběstačnost a sebevůli.“ (WHO)

V České republice postupně vznikají sítě zdravotních center specializované akutní péči. Tato péče se stále vylepšuje, zejména díky mnoha investicím, pokrokům v medicíně a zlepšující se organizaci péče. Toto vede k záchraně stále více životů. Na druhou stranu se tím zvyšuje počet pacientů s nejzávažší disabilitou. Ovšem dle dosavadních poznatků je systém rehabilitace v České republice pro spinální pacienty organizován zatím poněkud nekoordinovaně, nesystematicky a neekonomicky. Jak tvrdí Maršálek, Švestková (2010), tak České republice stále chybí zákon o rehabilitaci stejně jako ucelený koordinovaný systém organizace rehabilitace osob s disabilitou podpořený systémem racionálních finančních toků. Autoři upozorňují na fakt, že distribuce rehabilitačních jednotek v rámci republiky je nerovnoměrná, a i když poskytují většinou kvalitní péči, jejich nedostatkem je dlouhé odloučení pacienta od rodiny, od komunity a logická neschopnost reflexe místních a regionálních aspektů záležitosti pacienta do společnosti.

Tento fakt by kromě propracované sítě mohl zařízení mohl zrealizovat také case management. Ten se postupně začíná využívat u pacientů v nemocnicích, rehabilitačních zařízeních, ale i jinde. Například zařízení sociálních služeb začínají postupně dle platných Standardů sociálních služeb zavádět systémy klíčových pracovníků, kteří mají v daných zařízeních obdobnou funkci jako case manageri. Tímto pracovníky se nejčastěji stávají sociální pracovníci, ale ve zdravotnictví to jsou stále častěji právě ergoterapeuté, kteří s pacienty pracují velmi úzko a navazují s nimi těsný vztah. Ve zdravotnických zařízeních však povinnost zavedení case managera neexistuje, a proto je na každém z nich, jakým způsobem bude o pacienty pečovat a jak bude řídit jejich průběh léčby a rehabilitaci. Zvláště u pacientů s poraněním míchy je však tato organizace velmi důležitá, i když v naší zemi zatím stále ještě poněkud nedoladěná, jak se dozvíme v následujících kapitolách.

Transverzální míšňní léze je závažným onemocněním od dob 2. světové války, kdy byla vynalezena antibiotika. Dříve lidé na toto poranění umírali. „*Postupně se z paraplegik stává symbolem moderní rehabilitace, vznikají paraplegická a spinální centra.*“ (Pfeiffer, 2007) Lov k s poraněním míchy se musí se svým nově vzniklým zdravotním stavem vyrovnat. Poranění míchy je především obrovský nápor na psychiku. Velmi se o tuto problematiku zajímá paní Faltýnková, která vytváří mnoho brožur, v kterých uvádí například následující fakta. Tvrdí, že tento stav není pouze funkcí končetin, ovlivňuje mnoho dalších oblastí. V důsledku poškození vegetativních vláken, která ovlivňují funkce, kterých vnitřní systém, dochází při porušení míchy k dalšímu obtíží. Je ovlivněna činnost zažívacího traktu, vylučovacího ústrojí, termoregulace, pohlavních orgánů a nemocný má sklon k tvorbě dekubitů a rozvíjí se spasticita. Postupně dochází ke stabilizaci stavu a vytváří se obraz paraplegie i kvadruplegie. Lov k s poraněním krční míchy se nejednou stává nesobstavným v mnoha oblastech, potřebuje oporu, pomoc a tvrdý každodenní trénink běžných, v důležitých samostatných činnostech.

Po úraze potřebují osoby sociální a emocionální oporu u rodiny, přátel, ošetřujícího personálu, aby se mohli správně adaptovat na novou situaci. Důležité je také navázání nových kontaktů se svépomocnými organizacemi. Jedinci se ocitají v situaci, kdy je potřeba zhodnotit dosavadní životní styl a změnit jej. Právě case manager, a už sociální pracovník a nebo ergoterapeut pomáhá lov k tento stav zvládat, zajistit mu co nejvyšší možnou sobstavnost a ukázat mu možnosti, jak s tímto hendikepem žít. Case manager by tedy měl pracovat v rehabilitačních zařízeních, v zařízeních sociálních služeb, ale i v rámci pozdější rehabilitační fáze na ústředí. Mohl by tak koordinovat celý průběh rehabilitace postupně a pacient by tak procházel potřebnými službami koordinovaně a měl neustále potřebné informace a nabídky dalších služeb.

3.1. Pojem rehabilitace u spinálních pacient

„Rehabilitační péče má nejen předcházet komplikacím, ale zejména v rámci zdravotního stavu, napomoci pacientovi se spinálním poraněním návrat do běžného života. Rehabilitace využívá rozvoj zachovaných funkcí a postupně pacienta adaptuje na nové životní podmínky“. (Ambler, 2006)

Rehabilitace začíná být v současnosti chápána nikoli jako výhradně zdravotnická aktivita ve smyslu fyzioterapie, ale jako interdisciplinární obor, který zahrnuje nejen zdravotnickou, ale také sociálně-právní a pedagogicko-psychologickou péči. Je snaha o její propojování a organizaci na úrovni celého státu a snaží se o to již ministerstva – a už Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále MPSV) nebo Ministerstvo zdravotnictví (dále MZ).

Pfeiffer (1999) považuje za důležité dostat rehabilitaci do popředí zájmů politiky. Upozorňuje na to, že Evropská unie všechny své členy vyzývá, aby rehabilitaci chápali jako nedílnou součást politiky státu, proto je nutné ji i u nás začleňovat do připravovaných zákonů a nařízení. Rehabilitace je dle jeho názoru *„plynulé a koordinované úsilí při využití všech dostupných prostředků“*.

Poskytování rehabilitace ve všech jejích oblastech, tak aby bylo účinné a hospodárné se musí řídit jednotnými základními principy, kterými jsou: včasnost; komplexnost, návaznost a koordinovanost; dostupnost, individuální přístup, multidisciplinární posouzení a souinnost. (Čevela, Čeledová, 2011)

Základní volbou u osob po spinálním traumatu je fyzioterapie, fyzikální terapie, ergoterapie a psychosociální rehabilitace. V akutní fázi rehabilitační péče spoívá v pasivním cvičení, bazální stimulaci, dechové gymnastice, prevenci dekubitů, polohování a mobilizační péči. V následné péči je nutný nácvik soběstačnosti, manipulace s kompenzačními pomůckami, psychosociální péče. (Kolář, 2009) Dále také sociální a pracovní rehabilitace po návratu do domácího prostředí.

3.2. Organizace rehabilitace osob se zdravotním postižením v ČR

Jak uvádí Národní rada osob se zdravotním postižením (NRZP) již v roce 2010, tak osoba se zdravotním postižením (ZP) má právo na koordinaci jednotlivých složek rehabilitace, součástí je poskytování specializovaného rehabilitačního poradenství. Základem inosti p íslušného ú adu v rámci koordinace jednotlivých složek rehabilitace by m lo dle jejich názoru být poskytování specializovaného poradenství v dané oblasti a podpory, ale také prosazování zájmu státu na maximálním zhodnocení a ú elném vynakládání finan ních prost edk . Ú ady by se m li snažit o to, aby v rámci specializovaného poradenství p edcházeli takovému poskytování rehabilitace, které by bylo neú elné a ne hospodárné.

Jednotný systém poskytování komplexní rehabilitace osobám se ZP právní p edpisy eské republiky neupravují. Existují však právní úpravy jednotlivých oblastí této rehabilitace. Úkoly spojené s koordinací jednotlivých složek rehabilitace v sou asné dob plní jak Ministerstvo práce a sociálních v cí (MPSV), Ministerstvo zdravotnictví (MZ), tak Národní ú ad pro zam stanost a sociální správu.

V eské republice je již od roku 1991 usilováno o tvorbu metodických opat ení k provád ní lé ebné rehabilitace a zajišt ní její návaznosti. Za tímto ú elem vzniklo již n kolik pracovních skupin a mnoho p íru ek a doporu ení, jak postupovat. (evela, eledová, 2011) Ani jedna z t chto snah nedoznala o ekávaných výsledk , tedy schválení tolik pot ebného zákona o rehabilitaci, a to v etn ustanovení rehabilita ních center a sít rehabilita ních l žek. MPSV eší rehabilitaci osob se zdravotním postižením bohužel bez podpory ministerstva zdravotnictví. Základem rehabilita ního procesu je lé ebná rehabilitace a proto bez garance, resp. v d í role ministerstva zdravotnictví se nem že zavedení koordinované rehabilitace uskute nit. MPSV teprve poté m že p istoupit k napl ování lánk Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením a o ustavení zákonného systému koordinovaných rehabilita ních služeb pro zdravotn postižené ob any, ke kterému se opakovan vláda naší zem zavázala.

Usnesením vlády ČR ze dne 29. b ezna 2010 .253 byl p ijat Národní plán vytvá ení rovných p íležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014, který rovn ž obsahuje opat ení v oblasti rehabilitace osob se zdravotním postižením tak, že je t eba rozvíjet její jednotlivé složky, tj. lé ebnou, sociální,

vzdělávání a pracovní a vytvářet legislativní i v cené podmínky pro jejich lepší souinnost a koordinaci navzájem. Gestorem je opatřeno MPSV a spoluprací MZ a Ministerstvo školství.

Z výše uvedeného popisu jednoznačně vyplývá, že základním problémem současného stavu na úseku rehabilitace je aktuálním požadavkům již nevyhovující právní úprava některých jejích složek a dále pak nedostatečně zajištěné potřeby souinnosti. Důsledkem této situace je velmi nízká úroveň koordinace a inností jednotlivých subjektů působících v dané oblasti.

Novou právní úpravou je třeba vytvořit podmínky a stanovit způsob koordinace poskytující k interdisciplinárnímu poskytování rehabilitace a podpořit provázanost a dostupnost této péče a služeb a spolupráci jednotlivých resortů.

Vhodné by tedy bylo vytvořit novou právní úpravu stanovující způsob koordinace a provázanosti služeb. V tomto ohledu by mělo být aktivnější MZ, které stojí na popátku et zce, ve chvíli, kdy se člověk dostává do nemocnice a později do rehabilitačního zařízení. Dále je třeba spolupráce s MPSV, které zajišťuje následnou sociální a pracovní rehabilitaci osob s postižením. V tomto ohledu by byla velmi vhodná funkce case managera, který by mohl koordinovat péči o daného pacienta v průběhu celé jeho rehabilitace a mohl by tak fungovat jako spojovací článek mezi zdravotnickým a sociálním systémem a provádět pacienta celým průběhem rehabilitace.

"Nemocnice budou muset být efektivnější ve způsobu, jakým dodávají péči a zároveň zlepšit její kvalitu. Case management by se měl stát důležitou součástí v boji v tomto procesu. Case manažeré i mohou přispět k optimalizaci procesu a zlepšit výsledky kvality péče o pacienta, v čemž finančním výsledkem." (Gutbezahl, 2010)

Dále se v tomto článku tvrdí, že jak se reforma zdravotnictví vyvíjí, budou nemocnice pod větším tlakem poskytovat péči rychleji, efektivněji a s lepšími výsledky. Zdravotnická zařízení koordinují péči a zajišťují hladký přechod na další úroveň péče. A to jsou místa, kde case manažeré i mohou vytvářet rozdíly, říká odborníci.

3.3. Spinální program v České republice v souvislosti s case managementem

„V České republice ročně dochází průměrně k 250 novým případům poškození míchy. Většinu pacientů s poškozením míchy tvoří mladí lidé, nejčastěji muži.“ (Kříž, 2013)

Spinální program v České republice má poměrně krátkou historii. Až v roce 1992 vznikla v Úrazové nemocnici v Brně první spinální jednotka pod vedením prof. Wendscheho, kde byl také v roce 1993 vypracován Spinální program pro Českou republiku. Zásadní význam má založení České spondylochirurgické společnosti v roce 1999, jejímž cílem je nyní spolupráce mezi lékaři nejčastěji léčící pacienty s poraněním páteře a míchy. V roce 2002 bylo vydáno Metodické opatření Ministerstva zdravotnictví, které stanovilo síť pracovišť zajišťujících péči o spinální pacienty v různých časových obdobích po místním poranění. Toto Metodické opatření by mělo zajistit léčbu poranění páteře a míchy dle doporučených zásad a nejmodernějších poznatků a rozdělilo období po poškození míchy na základní stadia, během kterých pacient přechází z jednoho oddělení na druhé.

Tyto stadia a průběh péče si nyní nastíníme. V akutní fázi je pacient hospitalizován na ARO i JIP na jednom z 15-ti spondylochirurgických pracovišť. Po stabilizaci zdravotního stavu je přeložen na jednu ze 4 spinálních jednotek, kde je prováděna ucelená péče v plném rozsahu – fyzioterapie, ergoterapie, psychologická i sociální péče. Dále pokračuje do jedné ze tří spinálních rehabilitačních jednotek, kde by měl být pacient hospitalizován, případně ambulantně léčen. Poté pacient přechází do běžného rodinného a pracovního života a dochází k dovybavení rehabilitačními a kompenzačními pomůckami. Dlouhá zde je rovněž následná sociální a pracovní rehabilitace, která probíhá v následujících letech po úrazu. Velkou úlohu zde mají neziskové organizace v různých regionech České republiky, které nabízejí sociální služby, poradenství, osobní asistenci, poskytování pomoci, apod. Později pacient kontaktuje některou z organizací zajišťujících následnou rehabilitaci – například Centrum Paraple i Paracentrum Fénix, případně se obrací na další odborníky a lékaře. Nejčastěji pak na svého praktického lékaře, který by měl zčásti zastávat funkci case managera, jak si ještě uvidíme dále. Výčet těchto pracovišť je převzat za stránek organizace Paraple a z prezentace V. setkání spinálních jednotek a uveden v příloze.

Cílem všech těchto zařízení je zajistit lidem po poškození míchy co nejlepší podmínky pro plnohodnotný život. V roce 2004 vzniklo Paraplegické fórum, které se v roce 2007 přejmenovalo na „ Českou společnost pro míšňní lézi“. Tato společnost vytvořila diagnostické a terapeutické standardy péče o úrazové i neúrazové poranění páteře a míchy. (Kříž, 2013)

Již z výše uvedeného výřtu je zřejmé, že organizace jsou rozprostřeny po celé republice a je jich celkem velký počet a tudíž, že spolupráce mezi jednotlivými subjekty bude složitá a nepřeflíš využívaná. „Tato zařízení jsou však regionálně nerovnoměrně rozprostřena a komunitně odtažitá a po propuštění vrhají pacienta do nepřipraveného komunitního prostředí, které se nenaučilo zacházet s disabilitou jedince a ve kterém dochází ke ztrátě přirozených kontaktů.“ (Švestková, Maršálek, 2010)

„Po přelocení v tvrt roce, který strávíte v rehabilitačních úřtavech, je nejtřšší přechod domů. To je asi ten nejhorší propad. Lov k se vrátí do domácího prostředí, které často není upravené, a musí se naučit tam fungovat“ uvádí Jiří Kříž v jednom ze svých rozhovorů o své osobní zkušenosti po úrazu míchy.

Po návratu do svého domácího prostředí se pacient obrací na svého praktického lékaře a také na místní sociální služby. Pokud se jedná o sociální službu, pak jsou tyto činnosti zahrnuty do práce klíčového pracovníka- ovšem leckde se omezují pouze na nutné papírování a nikoliv na konkrétní potřeby uživatelů služeb. Jejich povinností je dodržování Standardů kvality sociálních služeb, které jsou přelohou . 2 vyhlášky . 505/2006 Sb., k provádění zákona o sociálních službách. Standardy kvality se týkají všech druhů sociálních služeb a popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba a jsou primárně zaměřeny na ochranu skupin obyvatel ohrožených sociálním vyloučením, na podporu lidské důstojnosti uživatelů služeb, na rozvoj jejich autonomie a možnost vlastní volby. (MPSV)

Jedním z nástrojů napomáhajících zajištění dostupnosti sociálních služeb je plánování sociálních služeb. Přitěto činnosti kraje spolupracují s obcemi, zástupci poskytovatelů a zástupci osob, kterým jsou služby poskytovány. Spolupráce poskytovatelů jednotlivých složek sociální rehabilitace by se měla zlepšit, nebo jedním ze standardů kvality sociálních služeb je i zajištění návaznosti služeb podle potřeb a osobního cíle uživatele. Národní rada zdravotně postižených (NZRP) tvrdí, že i přepes veškerá nastavení a předpisy má tento systém také tyto následující nedostatky:

- není zajištěna provázanost a vřasná návaznost na léčebnou rehabilitaci
- chybí provázanost a koordinovanost s ostatními složkami rehabilitace

- poskytování sociální rehabilitace není komplexní
- nedosta ující p edávání informací mezi jednotlivými poskytovateli sociálních služeb, poskytovateli ostatních složek rehabilitace a jejich pacienty

Dále je pacient v pé i svého praktického léka e a také v pé i ady jiných odborných léka . Pacient je také nadále dispenzarizován v ambulancích spinálních jednotek, ale základní lékařskou pé i zajiš uje praktický lékař . Ten by m l mít také povinnost informovat pacienta o možné rehabilitaci, v etn té sociální a pracovní a o možných službách poskytovaných dalšími za ízeními i ergoterapeuty. Tato povinnost v sou asné dob neexistuje, ale s jejím právním vymezením se po ítá p i za azení do p ipravovaného zákona o zdravotních službách. Case managerem se tedy v podstat stává praktický lékař , bez ohledu na to, zda jeho odbornost zahrnuje také znalosti o problematice spinálního poran ní a pot eb t chto pacient . V ideálním p ípad by m l mít p ehled o tom, kde je jeho pacient sledován dalšími specialisty, probírat s ním jeho aktuální obtíže a doporu ovat mu další rehabilita ní i lé ebnou pé i. V reálu tito léka i nejsou na tuto práci p ipraveni, neví, jak s t mito pacienty zacházet a jaká jsou jejich specifika. Tomu se áste n snaží p edejít nap íklad také CZEPA, která vydala p íru ku pro praktické léka e a v ní objas uje jejich specifika a napomáhá tak léka i rozeznat d ležitá zdravotní obtíže a také je seznamuje s touto problematikou. Dále také n které prodejny zam ené na kompenza ní pom cky zam stnávají ergoterapeuty, jejichž náplní je mimo jiné komunikovat s praktickými léka i a být s nimi v kontaktu v p ípad , že mají takového pacienta a pot ebují poradit. A to a už ohledn pom cek, tak dalších návazných služeb.

ešením by tedy bylo v rámci státu i regionu ustanovení n kolika case manager - ergoterapeut , kte í mají s poskytováním služeb t mto pacient m zkušenosti a prakti tí léka i i samotní pacienti by se na n mohli kdykoliv obrátit.

Problémem b hem celého pr b hu rehabilitace jsou odd lené sv ty zdravotních a sociálních služeb. Jan Stuchlík k tomu na prosincovém seminá i Case managementu uvedl „Jako jeden z nejpál iv jších problém vidím nedostatek komunikace mezi zdravotní pé í a sociálními službami“ a zmínil problém neprobíhající komunikace mezi sociálními a zdravotními službami.

Jedním z velkých problém je nedostate ná spolupráce ministerstva zdravotnictví a ministerstva práce a sociálních v cí. Každé z nich koordinuje a financuje své „fáze“ rehabilitace a své služby, ovšem pacienti pot ebují pr b žnou koordinaci a stálou kontinuitu pé e, která musí být provázána ve všech ohledech. Ministerstvo

zdravotnictví se samozřejmě stará o zdravotní stránku svých pacientů, ovšem již v této fázi potebují pacienti řešit své budoucí sociální a pracovní otázky, stejně tak jako v pozdější fázi po návratu domů potebují kromě sociálních služeb i další zdravotnickou péči. Tato provázanost je tedy velmi zásadní v cílech, které by měla být v nově zaváděné zvýšená pozornost.

Pavel Nepustil pak na svých stránkách o case managementu (<http://casemanagementcr.wordpress.com/>) uvádí následující: Při opoetném proitání publikace Barbary Holt "The Practice of Generalist Case Management" jsem našel odstavec, který tuto situaci dobře popisuje jako výchozí pro zrod case managementu v USA (tedy v době zhruba před padesáti lety): "Lékaři a sestry byli žádáni o zprostedkování zdravotních služeb a sociální pracovníci byli vyhledáváni pro sociální služby. Tyto dva systémy s různou orientací, ačkoliv oba na zetele pacientovo blaho, jednaly i zcela protichůdně. Tým lékařů i sestro plánoval více péče, zatímco sociální pracovník usiloval o snížení závislosti jednotlivce na systému. Case management se objevil jako odpověď na tuto fragmentaci a je považován jako krok směrem ke zlepšování systému dlouhodobé péče."

V zahraničí case manager doporučuje výhodné služby a pacienti si je tak buď platí sami a nebo jsou součástí dalších týmů i organizací, které tyto služby dotují, i na nich získávají dotace od státu. V našem případě by pravděpodobně museli být součástí některých neziskových organizací a nebo zdravotnických zařízení a být tak placeni buď z dotací i ze státního rozpočtu. Nelze si zatím představit, že by pacienti byli ochotni si za takovouto službu platit, raději si vše vyhledají samostatně.

Již v tuto chvíli však v naší republice existuje několik možností, jak péči o tyto pacienty koordinovat.

Tento problém řeší i **eská společnost pro míšní léze**, která se snaží o ucelenost postupů při ošetřování těchto pacientů a za cíle si mimo jiné klade následující body:

- usiluje o trvalé odborné sledování občanů po poškození míchy
- rozvíjí spolupráci všech styčných oborů v rámci komplexnosti péče o spinální pacienty
- rozvíjí odborné a přátelské kontakty se zahraničními společnostmi

Na svých stránkách také uveřejnila doporučené postupy pro různé obtíže osob se spinálním poraněním a organizuje konference a setkávání odborné veřejnosti. Tím tedy podporuje zajištění stejně kvalitní péče ve všech centrech po celé republice.

Tento stav se dále pokouší změnit **eská asociace paraplegiků (CZEPA)**. Přichází s boxy s názvem Průvodce léčbou a rehabilitací. Tato o svých boxech říká „CZEPA nabízí desky Průvodce léčbou a rehabilitací. Jde o desky - boxy s šikovnými průhlednými okny. Vkládáme do nich informace k poskytovaným službám naší asociace, nabídku edukativních materiálů a další užitečné informace. Pokud si uživatelé do průhledného okna vloží svou rozstavenou dokumentaci, mohou mít vše v jednom a přitom přehledně rozřazené.“ (CZEPA Newsletter 07/2013)



Ilustrace 1: Obrázek desek- dostupné na

<http://braunoviny.bb Braun.cz/clanky/boxy-pro-vkladani-zdravotni-dokumentace/>

Tyto desky by měl dostat každý pacient na spinální jednotce. V tomto systému, pokud se jim podaří využívat a zavést do běžné praxe, je velký potenciál. Dalo by se říct, že je to takový „osobní case manager v papírové podobě“. Bylo by samozřejmě velmi složité, aby jeden case manager pracoval s konkrétním pacientem po celou dobu jeho rehabilitace, už proto, že jednotlivá centra jsou rozmístěna po celé republice a nebylo by to příliš možné. Jako vhodnější by proto byl systém case managerů v jednotlivých centrech, kteří by si potřebované informace předávali, ideálně formou právě takovýchto desek, a nebo formou osobní komunikace. V některých centrech již tento model zavedený mají.

Dalším z návrhů organizace rehabilitace je také **Model rehabilitace v ČR pro osoby s významnou disabilitou**, který byl vytvořen a navržen jako podklad ke kulatému stolu dne 9. 11. 2010, a jehož autory jsou prim. MUDr. Pavel Maršálek a doc. MUDr. Olga Švestková, PhD. Jeho mottem je: Rehabilitace musí být dostupná v rámci, komplexní, regionální a komunitní.

V tomto modelu se říká, že rehabilitace musí být poskytována na úrovni zdravotnické, sociální, pedagogické, pracovní, technické, ekonomické atd. bez prodlení a s vazbou na přirozené zázemí jedinice s disabilitou do jeho přirozené komunity.

Nejdříve dostupnost rehabilitace na regionální a komunitní úrovni. Dle tohoto modelu je potřeba docílit regionální dostupnosti v každé komunitě postupným zázemím pacienta do jeho přirozeného prostředí. Dle tohoto modelu by bylo třeba ještě dobudovat systém sítě Rehabilitačních stacionářů, které by byly blíže komunitě, kdy by byla přes den poskytována komplexní ústavní rehabilitace v dostatečné blízkosti komunity a mimo pracovní dobu je již pacient zázemí v domácím či jiném komunitním prostředí. Mimo jiné je model navrhnout také pro pacienty s komplexními těžkými polytraumaty, tedy i pro pacienty po spinálních traumatech. Následovala by fáze udržovací rehabilitace v komunitě, jejíž koordinaci má opět na starosti praktický lékař.

Je pravdou, že systém a organizace péče pro pacienty po spinálních traumatech vytvořen velmi dobře a existují zde veškeré „stupně“ této rehabilitace. Nicméně právě provázanost těchto stupňů a také komunitní úroveň zatím příliš nefungují. Tato zázemí jsou mimochodem lokalizována poměrně často mimo dosah velkého města a špatně dopravně dostupná, tudíž jsou zde pacienti uzavřeni dlouhou dobu bez kontaktu se svým přirozeným okolím. Mezi jednotlivými zázemími základní komunikace funguje a je zde možnost předávání pacientovy zdravotnické dokumentace. Nicméně po rehabilitačních ústavech se pacient dostává do péče menších neziskových zázemí, i svých rehabilitačních lékařů, kde již předávání informací poněkud vázne. Navíc organizací, poskytujících komplexní péči není mnoho - v současné chvíli je to především Centrum Paraple v Praze a Paracentrum Fénix v Brně, tedy opět z dosahu bydliště většiny pacientů. Předávání informací mezi těmito zázemími příliš nefunguje, především proto, že jsou to zázemí sociálních služeb a jako takové jsou zde klíčovými pracovníky sociální pracovníci a ti se snaží především posílit samostatnost pacienta a podporují jej v tom, aby si následnou rehabilitaci, včetně dalších služeb zajišťoval samostatně a také si samostatně rozhodoval o tom, jaké informace o sobě dalším zázemím poskytne, což vyplynulo i z rozhovoru s vedoucí sociálních služeb v Parapletu.

Řešením by mohl být právě „koordinátor“ tedy case manager, který by zajišťoval především předávání informací a prováděl by pacienta celou sítí služeb.

3.4. Case management u spinálních pacientů v zahraničí

Ve skutečnosti by se dalo říci, že využívání case managementu je v zahraničí nesrovnatelně vyšší než u nás. Zatímco v České republice je zatím využíván pouze v několika organizacích a u vybraného typu pacientů a není u nás prakticky definován, v zahraničí je již velmi rozvinutý, mají vypracovány standardy case managementu pro různé typy pacientů a pro různé organizace. Uvedu zde tedy několik příkladů toho, jak je využíván u pacientů vyžadujících hospitalizaci a jak je tato role charakterizována.

Spinální centrum v německém Halle

Zástupci ParaCENTRA Fenix navštívili spinální centrum v německém Halle, které je v nemocnici Bergmannstr. Halle je v bývalé NDR, tedy situace srovnatelná s naší zemí. Nemocnice vznikla v roce 1869, postupně byly dostavovány novější objekty, dnes se jedná o velký moderní komplex. Nemocnice má veškerá potřebná oddělení, včetně spinální jednotky. Dále má vlastní rozsáhlé rehabilitační a fyzikální oddělení s veškerým potřebným zázemím. Spinální jednotka je formou unipolární - tedy od akutního příjmu po rehabilitaci a rekvalifikaci v jedné nemocnici včetně kompletního technického zázemí a celoživotní péče. Nemocnice je tedy perfektně připravena poskytovat komplexní služby a provádět pacienty jednotlivými fázemi rehabilitace.

Royal National Orthopaedic Hospital, London - Komunitní spolupracující tým

Case manageri jsou zde nedílnou součástí multidisciplinárního týmu a jsou to profesionálové s konkrétní znalostí pacientů po poranění míchy. Dokáží perfektně plánovat potřebné služby pro každého pacienta. Připraveni jsou pacienti přidělení case managerovi, který usnadňuje pacientům stanovování jejich cíle a plánuje jednotlivé rehabilitační fáze. Case manageri zajišťují poskytnutí zdravotnických a sociálních služeb ohledně toho, jak jsou splněny všechny podmínky v komunitě a kdo bude poskytovat balíček péče. Case manageri mohou zajistit pro pacienty a jejich rodinné příslušníky i péči o vztahy se zástupci různých oborů, s advokáty a nezávislými poradci na vyžádání pacienta.

Komunitní spolupracující zdravotní sestra - specialista (CLCNS), Velká Británie

CLCNS poskytuje celoživotní sledování jednotlivců, kteří utrpěli poranění míchy. Nabízí telefonickou podporu a poradenské služby propuštěným pacientům z nemocnice, péči o vztahy s rodinnými příslušníky a komunitními pracovníky, nebo navštívuje

pacienty v nemocnicích, domovech d chode nebo jejich vlastních domovech a poskytuje jim rady a podporu. Sestry vedou pacienty a spolupracují s multidisciplinárním týmem. Vzdávání je nedílnou součástí pro pacienty i p íbuzné, jakož i pro profesionály komunitní a nemocni ní základny.

Case manager i u pacient s míšním poran ěním - dle definice mezinárodní stránky Apparelyzed.com

Odborníci pracující s pacienty po míšním zran ění rychle stanoví case managera, který m ěže jednat jménem pacient s míšním poran ěním. Case manager se ujme klíčové role v koordinaci hodnocení a výsledného doporu ění, jako jsou například úprava bydlení, soukromé rehabilita ní požadavky a asisten ní techniky. Specializovaný manager spolupracuje s pacientem samostatn ě, jako zástupce zajistí, aby existovalo jediné kontaktní místo pro všechny zú astn ěné strany, v etn ěléka ských, právních a rodinných p íslušík ě, a vypracovává ešení, která p esn ě spl ůjí pot eby pacient ě. Hlavní funkcí této role je dodávka uvedených služeb a doporu ění. Výsledkem práce case managera je zajišt ění pacientových požadavk ě a jejich realizace ve stanovených lh ůtách. Case manaže i míšních poran ění poskytují :

- úplné posouzení pot eb pacient ě s míšním poran ěním
- identifikaci klíčových osob, které zajistí požadované služby
- pr b ěžnou kontrolu a p ehodnocení služeb a cíl
- finální dodávku služeb

Dále pomáhají s propoušt ěním plánováním a otázkou op tovného za len ění pacient ě. Bohužel, nejsou schopni nabídnout intenzivní služby po propušt ění, protože se musí v novat novým pacient ěm.

Spole nost Case Managementu ve Velké Británii

Tato spole nost na svých stránkách uvádí o case managerech, pracujících v nemocnicích u spinálních pacient ě následující informace:

Stále v tší po et lidí hledá pomoc u case manager ě, aby jim pomohli s mnoha opat ěními, které jsou pot eba v d sledku poran ění míchy, a aby si zajistily, že dostanou nejlepší dostupnou rehabilitaci, pe ovatelské služby a podporu. Nicmén ě, v minulosti bylo obtížné najít odborníka s vhodnými zkušenostmi na míšní poran ění. Case manager i poznávají pot eby pacient ě a rodiny, a p ehodnocují tyto požadavky po celou dobu procesu rehabilitace. Kone ným cílem je dostatek informací pro pacienta a rodinu a p íprava ů inných ešení fyzických, ekonomických a emocionálních p ekážek pro optimální výkon rehabilitace. CM také usnad ůje komunikaci mezi pacientem, rodinou

a rehabilitačním týmem. Odborné znalosti v těchto oblastech ovlivní opo-
zelení pacienta do domácího prostředí a do společnosti. Tyto informace mohou být i
užitečné při plánování služeb a dalších potřebných věcí pro pacienta.. Společnost Case
Managementu ve Velké Británii (The Case Management Society of the UK) nyní
zahrnuje pracovníky s touto zkušeností, které budou pacienti potřebovat, a mnoho
členů Britské asociace case manažerů osob po poranění mozku (British Association of
Brain Injury Case Managers) také nabízí komplex služeb pro pacienty po míšním
poranění. Case manažeré i jsou zde obvykle kvalifikováni jako ergoterapeuté,
psychologové, koordinátoři i propouštěcí z nemocnice nebo zdravotní sestry.

Kanadská asociace ergoterapeutů (CAOT)

Ergoterapie v rámci služeb case managementu nejprve určuje, na co má být
rehabilitace zaměřena. Ergoterapeuté musí splnit odbornou úroveň vzdělání a získat
zkušenosti v oblastech, které jsou považovány za nedílnou součást služeb case
managementu. Zapojením pacientů do reálných činností, umožní ergoterapeuté
pacientům rozvíjet své smysly pro jejich osobní rozvoj a snažit se najít v životě
postižených úspěchy a spokojenost v jejich pracovním výkonu. (CAOT, 1993)
Ergoterapeuté jsou v poskytování služeb case managementu velmi užiteční. Jsou
více méně připraveni na všechny funkce, které vykonávají case manažeré i. Funkce
tradičního modelu zprostředkování case managementu popisuje proces identifikace,
přístupu a koordinace služeb, které jsou nutné pro splnění všech potřeb pacienta.
Ergoterapeuté jsou kvalifikováni i na identifikaci potřeb pacienta, které jsou mimo
jejich rozsah praxe a odkazují pacienty na příslušné zdroje.

K dalším funkcím case managementu, na které musí být ergoterapeuté dobře
připraveni patří:

- Výchova ke zdraví a poradenství, konkrétně léčba a další léčebné procedury
- Krizové řízení
- Rodinné hodnocení a intervence
- Zdroje rozvoje služeb, stejně jako koordinace mezi nimi
- Advokacie a lobování

Vzhledem k těmto okolnostem se zvyšuje počet ergoterapeutů, kteří uvažují o
zaměstnání v oblasti case managementu. Toto povolání však není určeno pro
absolventy, protože zatím mají omezené pracovní zkušenosti. (Dufresne, 1991)

4. Praktická část

4.1. Výzkumné cíle práce a formulace hypotéz

V praktické části této bakalářské práce byly stanoveny dva základní cíle, které budou zjišťovat, zda:

- Rehabilitační zařízení pečující o pacienty po úrazu míchy využívají case management i jinou formu koordinace péče ve svém zařízení i mezi sebou.
- Case management by mohl být pro pacienty po úrazu míchy přínosný.

Dále byly stanoveny dvě hypotézy, které se pokusíme potvrdit i vyvrátit:

- V zařízeních pracujících s pacienty po poranění míchy se využívá case management pouze výjimečně.
- Case management by byl pro pacienty po poranění míchy přínosný z hlediska zkvalitnění poskytovaných rehabilitačních služeb.

Cílem této práce je tedy zjistit informace o case managementu v zařízeních, ve kterých pracují s lidmi po spinálních traumatech. Zajímá nás, zda tyto zařízení koordinují péči o své pacienty nejen v rámci svého zařízení, ale také při předávání pacientů mezi sebou.

Dále zjistíme, zda by case management byl pro pacienty s poraněním míchy přínosný. A to jak z dotazníkového šetření, tak z rozhovorů, ze kterých vyplyne potřebnost i nepotřebnost takového pracovníka.

4.2. Metodologie bakalářské práce

Vzhledem k povaze výzkumných cíl, kterými se pokusíme zjistit, zda zařízení péče u pacientů po poranění míchy využívají metodu case managementu a zda by case management mohl být pro pacienty se spinálním poraněním přínosný, bude nutné využít více informačních zdrojů a více metod sloužících k poznání tohoto problému. Poté budeme informace budeme zjišťovat jak z pohledu samotných pacientů, tak pomocí doplňujících dotazů na zařízení péče u pacientů. Musím tedy využít několik dostupných technik pro získání všech informací.

Kvalitativní metoda usiluje o hlubší poznání daného problému a jejím nástrojem pak bývá velmi často **rozhovor**. Pomocí kvalitativního výzkumu se pokusíme prozkoumat a nabídnout ucelenější obraz o metodě case managementu. Zjišťování bude prováděno pomocí rozhovorů a dotazů na jednotlivá zařízení. Budeme zjišťovat, zda je tato metoda v jednotlivých zařízeních využívána. Jaký je názor pacientů na tuto metodu a zda je potřebná. Hendl (2005) definuje kvalitativní výzkum takto: „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění danému problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“

Disman (2000) uvádí, že kvalitativní výzkum pomáhá výzkumníkům porozumět pozorované realitě. Na zájmu výzkumu je soubor dat a pozorování. Podle Hendla (2005) umožňují kvalitativní techniky získat podrobný popis a vhled, proto jsou nezaměnitelné při hledání úzkých a hlubších souvislostí. Mezi základní charakteristiky takového výzkumu patří málo standardizované metody získávání dat, například rozhovory.

Hendl (2005) za přednosti považuje podrobný popis a vhled při zkoumání fenoménu, zkoumání v přirozeném prostředí, možnost navrhnout teorie a reagovat na aktuální situace. Naproti tomu za nevýhody považuje špatnou zobecnitelnost získaných dat, obtížnější testování hypotéz a teorie, časovou náročnost souboru dat a ovlivnění výsledků výzkumníkem.

Naopak metoda **kvantitativního výzkumu** nabízí výhodu zajištění v tšího po tu respondent p i zajištění jejich anonymity, která do ur ité míry m že zajistit respondentovu up ímnost p i zodpovídání otázek. Z možností, jež nám kvantitativní výzkum pro šet ení nabízí, byla vybrána metoda **dotazníkového šet ení**. „Dotazníky jsou obecn ěj ast jším užívaným nástrojem sb ru dat v celé studentské akademické obci.“ (Mareš, 2006) Výhodou je získání velkého množství výpov dí v krátké době a zároveň za delší asová období. Kvantitativní výzkumníci mohou své výsledky zobec ovat, jejich data jsou spolehlivá a práce je siln strukturována. Na druhou stranu je jejich p ístup asto povrchní, z stávají jen vn situace bez hloubkového porozum ní. asto mají slabý až žádný kontakt s lidmi nebo terénem. (Silverman, 2005)

Hendl (2005) ze p ednosti považuje rychlý sb r dat, pesná data, rychlou analýzu dat a nezávislé výsledky na pr zkumníkovi. Za nevýhody naopak p íliš abstraktní získaná data, která jsou obtížn aplikovatelná.

Tyto rozdílné metodologie spolu podle n kterých v dc nemusejí soupe it. Naopak se mohou dopl ovat, pokud se výzkumník rozhodne využít triangulace. „Pod pojmem triangulace se rozumí kombinace r zných metod, r zných výzkumník , r zných zkoumaných skupin nebo osob, r zných lokálních a asových okolností a teoretických perspektiv, jež se uplat ují p i zkoumání ur itého jevu.“ (Hendl, 2005)

Jak již bylo eno, ob metodologie jsou zna n rozdílné a p ináší jiný typ dat. Kvalitativní metody slouží k hloubkovému pochopení význam , na druhou stranu kvantitativní metody zaru ují zobecnitelnost získaných dat.

Samotný výzkum byl rozd lený do n kolika díl ích fází. Nejprve byla nastudována pot ebná odborná literatura a poté byly získané informace z t chto zdroj zpracovány do otázek. S pacienty byly vedeny krátké rozhovory pro hlubší poznání problematiky. Z rozhovor jsme zjiš ovali, jakým zp sobem probíhala jejich rehabilitace a jaké služby by p i ní ocenili. Dále byl pacient m p edložen dotazník, který obsahoval celkem 15 otázek. Dotazníku p edcházel krátký úvod, který m l za úkol seznámit respondenty se zám rem výzkumného šet ení. Respondenti si mohli u n kterých otázek vybrat z nabízených možností a u n kterých otázek byla zvolena forma vlastního vyjád ení, p ípadn prostor pro dopln ní odpov dí. Bylo také osloveno n kolik za ízení s prosbou a zodpov zením n kolika otázek týkajících se pr zkumu a to jak osobn , tak formou internetové komunikace. U n kterých za ízení byla i využita osobní zkušenost z absolvovaných praxí v t chto za ízeních.

4.3. Metoda sběru dat a charakteristika zkoumaného vzorku

V průběhu tohoto výzkumu nebylo možné zkoumat všechny jedince, kterých se dané téma týká a kteří nás zajímají, proto jsme využili výběru určitého vzorku z tohoto základního souboru.

Vybraná metoda dotazníkového šetření slouží ke sběru dat, který probíhá na jaře roku 2014. Ve snaze o co nejvyšší počet respondentů byla vybrána **metoda „sněhové koule“**, při níž byl dotazník rozeslán formou elektronické pošty a sociálních sítí prvním respondentem, kteří byli zároveň požádáni o další šíření.

Definici sněhové koule uvádí Pirruka snowball sampling, jako „metodu, která je určena k získávání nových případů na základě procesu postupného nominování dalších osob známými případy. Vlastní proces výběru začíná u jednoho či více jedinců, o nichž se ví, že splňují daná kritéria výzkumu. Tyto jsou požádány, aby nominovaly další osoby, které znají a která splňují příslušná kritéria. S tímto kandidáty je proveden výzkum a celý proces se opakuje.“

Dotazník byl také umístěn na webových stránkách, tudíž byl snadno přístupný všem, kteří byli ochotni jej vyplnit. Tato forma je výhodná v rychlosti odeslání výsledků a v možnosti snadného šíření.

Respondenty dotazníku budou pacienti po úrazu míchy, kteří byli ve značné míře zároveň i pacienti Centra Paraple, kde využívali jeho služeb v minulosti i v době od zavedení systému klíčových pracovníků. Osloveno bude alespoň 30 pacientů a z toho se dá očekávat zhruba 70-ti procentní návratnost dotazníků. Respondenti budou získáváni z řad známých a také díky jejich kontaktům. Dotazník bude rozdělán přímo v Centru Paraple, pokud to bude umožněno. Z dotazníkového šetření a z rozhovorů s pacienty těchto zařízení bude zjištěno, zda se již setkali s case managementem v jakékoliv podobě. Pokud ano, tak jakým způsobem s nimi v zařízeních pracovali a zda jim tato spolupráce vyhovovala a jsou-li si této spolupráce v domě nebo naopak. Také zde bude zjištěno, zda by o tuto formu spolupráce s case managerem měli pacienti zájem a byl by pro ně prospěšný.

Další informace budou získávány formou rozhovorů přímo od pracovníků Centra Paraple, kde je domluvené setkání s manažerkou služeb a vedoucí úseku sociální práce a ergoterapie. Tyto rozhovory proběhnou také na jaře roku 2014. Další část informací

získám pomocí e-mailových dotazů a konzultací s dalšími zařízeními poskytujícími rehabilitační péči pacientům po úrazu míchy. Tyto dotazy budu rozesílat na konci roku 2013, aby zde byl dostatečný prostor pro odpovědi a další diskuze. Zde nás bude zajímat, jakým způsobem koordinují péči o své pacienty a zda využívají case management.

4.4. Analýza výsledků výzkumného šetření

V první fázi výzkumu jsem vedla krátké průzkumné rozhovory s několika pacienty, souhrn informací získaných těmito rozhovory uvedu dále v této kapitole. V dotazníkovém šetření bylo osloveno zhruba 30 osob a získáno 18 dotazníků. Dotazník je k nahlédnutí v příloze této práce. Většinou po četných dotaznících se mi bohužel nepodařilo získat a to i přes snahu dotazníky rozšiřovat různými způsoby. Oproti původnímu plánu jsem je nemohla zanechat v Centru Paraple a vyplnit je s pacienty, byla jsem tedy odkázána na jejich šíření pouze prostřednictvím známých a internetových sítí. Dále bylo osloveno 6 zařízení, kde zareagovali na moji prosbu a odpověděli mi na mé dotazy. V této kapitole se budu věnovat analýze získaných výsledků a informací. Uvedu zde výsledky dotazníkového šetření a dále výpis získaných informací z jednotlivých zařízení.

Zhodnocení rozhovorů s pacienty:

Z průběžných rozhovorů vedených s pacienty vyplývá, že na počátku své rehabilitace neměli dle svých slov dostatek informací a mnoho si jich museli vyhledat samostatně. Case management by měl zajistit, aby takovýmto situacím nedocházelo a lépe koordinovat veškeré informace a služby, které bude pacient potřebovat. Také se na něj mohou obracet pro pomoc se svými dotazy a nejsou nuceni si vše dohledávat sami.

Významná věc pro pacienty by měla být zájem o nějakého pracovníka, se kterým by mohli konzultovat své obtíže, a který by jim mohl poradit a doporučit které služby.

Část z nich by to ocenila hlavně při nenadálých situacích a nebo při specifických obtížích o kterých si sami nedokáží dohledat dostatek informací.

Z rozhovorů s pacienty také vyplynulo, že by velmi ocenili, pokud by v naší republice existovala nějaká možnost spolupráce s case managerem, který by jim pomáhal orientovat se v systému služeb a mohl by jim poskytovat potřebné informace již od počátku jejich rehabilitace.

Informace k vyhodnocení dotazníkového šetření:

Nejprve byly zařazeny pouze informativní otázky, zjišťující délku postižení jednotlivých respondentů, poté otázky zjišťující v kterých rehabilitačních zařízeních byli pacienti od svého úrazu. A dále otázky týkající se case managementu- zda se s ním již setkali, nebo s nimi pracovali a případně v jakém zařízení s nimi pracovali a zda by měli zájem s ním takovým spolupracovat a zda by pro něj byla taková spolupráce přínosná či nikoliv. Další částí je předávání informací- zda o pacientech měli v následujících zařízeních již nějaké informace a zda si tyto informace nějak předávají a zda by pacientovi vadilo, kdyby nebyla taková možnost byla. Zároveň se v uzavřené části Průvodce rehabilitací od CZEPA.

Shrnutí výsledků ve formě tabulek a grafů z tohoto šetření je k nahlédnutí v příloze. Výsledky jsou dále shrnuty v následující kapitole obsahující prezentaci výsledků celého výzkumu.

Získané informace od zařízení byly vyhodnoceny následovně :

Fakultní nemocnice Ostrava

Funguje zde multidisciplinární tým, který se stará o pacienta. Tým se zde skládá z lékaře, staničního lékaře, který v čínou předává pacientovi zásadní informace o jeho zdravotním stavu. Dále fyzioterapeuti, psycholog, sociální pracovník, sestry. S pacientem jde standardně veškerá dokumentace o péči dle standardu dané nemocnice (ve FNO jsou tyto dány příslušnou americkou akreditací JCI) a využíváme nyní k tomu i zelené desky pro pacienty od CZEPA, kde je předkladová zpráva a testy v kopii pro pacienta k založení. K nám se na SJ pacienti vrací v případě komplikací a řešení dalších obtíží spojených s míšním poraněním. Bohužel ne vždy mají s sebou tyto desky. Po léčbě pak mají pacienti možnost využít informací a servisu, který pro ně zajišťuje právo CZEPA, se kterou všechny SJ rovněž spolupracují.

Spinální jednotka Fakultní nemocnice Motol:

Dle jejich slov zde case management nefunguje, o pacienty se zde starají všichni pracovníci. Ovšem jednotlivé terapie jsou organizovány na základě ordinace lékaře. Funguje zde multidisciplinární spolupráce. Spolupracují také s paní Zdeňkou Faltýnkovou. Na této spinální jednotce tedy funguje základní systém předávání informací pomocí pravidelných případových konferencí, kde celý tým konzultuje jednotlivé pacienty a navrhuje postup léčby. Veškeré informace se o průběhu terapií se zaznamenávají do zdravotnické dokumentace, která je pak předána pacientovi.

Hamzova odborná léčebna Luže- Košumberk

Case management zde nepracují. Funguje zde multidisciplinární tým a terapie ordinuje lékař. Jednou za tři týdny probíhá vizita, kde je plánován další průběh pobytu a následná péče o pacienta.

Rehabilitační ústav Hrabyn

V tomto zařízení case management nepracují. Rádi by zde takovéto pracovníky zaměstnávali, ale bohužel to není možné z finančních důvodů. Terapie opět ordinuje lékař pro zbytek týmu.

Rehabilitační ústav Kladruby

Jednotlivé terapie jsou zde ordinovány lékařem. Je zde velké množství pracovníků a pacientů, tudíž je zde značná anonymita. Jednotliví pracovníci mezi sebou příliš nespolupracují ani v rámci odborností - například ergoterapeuté zde mají dvě oddělená pracoviště a nepředávají si informace ohledně potřeb pacientů. Předávání informací v rámci celého týmu taktéž příliš nefunguje. Pacienti zde však absolvují celou řadu pravidelně sestávaných terapií po ordinaci lékaře a nebo i dle svého výběru.

Centrum Paraple

Jedná se o sociální zařízení, tedy je zde odlišný systém na rozdíl od zbývajících zmíněných institucí. Ze sjednané schůzky bylo zjištěno toto:

Role klíčového pracovníka a nastavení individuálního plánování v zařízení, které poskytuje sociální služby je podmínkou naplnění Standardu 5 Standard kvality sociálních služeb vyplývajících ze Zákona o sociálních službách. Tedy naše zařízení poskytuje tyto formy klíčového pracovníka, který s klientem spolupracuje na tvorbě individuálního plánu ihned po přijetí a průběžně jej během pobytu upravuje a vyhodnocuje. Funguje zde multidisciplinární tým, který se pravidelně schází a projednává jednotlivé pacienty. Předávání informací o pacientovi mezi různými zařízeními (a už horizontální sociální služba - sociální služba nebo vertikální zdravotnické zařízení - sociální služba) není bez písemného souhlasu pacienta možný a v tšinou ani nežadoucí (neposiluje to proaktivitu pacientů, jejich kompetence apod.). Každý pacient by měl ze sociálních služeb v ČR vycházet s individuálním plánem, na který má že další sociální služba navazovat - pokud si to samozřejmě pacient přeje a svůj individuální plán bude s další službou sdílet. Tedy každý pacient vychází z tohoto zařízení se svým osobním plánem a je pouze na něm, zda jej v dalších zařízeních využije i nikoliv.

Vyhodnocení informací získaných z těchto zařízení:

Nastavený systém péče o pacienty je ve většině zdravotnických zařízení celkem shodný. Fungují zde multidisciplinární týmy, které se pravidelně scházejí a konzultují společně plány a postupy rehabilitace jednotlivých pacientů. Terapie jsou pak ordinovány lékaři. Case management ve formě, v jaké fungují v zahraničí, však v žádném z oslovených zařízení nenajdeme. Bylo by vhodné každému pacientovi přidělit jednoho konkrétního pracovníka, případně zde zavést speciálního pracovníka, který by měl na starosti koordinaci péče a také následné předávání pacienta do dalšího zařízení a který by pacienty informoval už v počátcích léčby.

4.5. Prezentace výsledk výzkumu

Na počátku praktické části byly stanoveny dvě hypotézy, které se pokusíme v této kapitole s pomocí získaných výsledk potvrdit i vyvrátit.

Hypotéza 1: V za ízeních pracujících s pacienty po poran ní míchy se využívá case management pouze výjime n .

P i tvorbu této hypotézy jsme vycházeli z teoretické části práce, v níž je zmín no, že v eské republice se o p ípadovém vedení za alo hovo it až v polovin let devadesátých, tedy minimáln s více než dvacetiletým zpožd ním za západním sv tem (Stuchlík, 2002). P edpokládáme tedy, že case management se v za ízeních využívat nebude v bec, p ípadn pouze okrajov .

Z výsledk výzkum vylýnulo:

Spinální jednotky case managery nezam stávají, tedy ani pacienti se zde s nimi nemohli setkat. Nicmén fungují tu multidisciplinární týmy, kde roli koordinátora poskytované pé e zastává léka . Pouze 33% respondent dotazníku uvádí, že již v po áte ní fázi rehabilitace jim byl doporu en pracovník, na kterého se mohou obracet se svými dotazy a který bude ídit jejich terapie a podobn .

Rehabilita ní za ízení taktěž case managery nezam stávají, op t zde fungují multidisciplinární týmy, kde roli koordinátora služeb zastává léka . Ovšem tyto týmy zde fungují na r zných úrovních a p edávání informací mezi nimi je taktěž v každém za ízení jiné. Nap íklad pacienty nej ast ji navšt vovaném za ízení RÚ Kladruby p íliš velká spolupráce nefunguje ani v rámci jedné odbornosti, natož pak v rámci celého týmu. V Luži-Košumberk funguje multidisciplinární tým, který koordinuje léka a p sobila zde také paní MuDr. Vaší ková, kterou n kte í pacienti uvádí jako osobu, která jim byla nápomocná p i koordinaci služeb. Také jej uvádí 17% respondent jako místo, kde jim byly po úrazu poskytnuty všechny pot ebné informace.

Centrum Paraple je velmi ásto navšt vovaným za ízením, byli zde tém všichni dotazovaní a to nejpozd ji v roce 2013. S klí ovým pracovníkem, který zde s klientem pracuje, se tedy setkat mohli tém všichni. Také 67% dotazovaných tvrdí, že se zde setkali s case managerem i podobou odborností, tedy s pracovníkem, který jim pomáhal koordinovat služby a m li možnost se na n j obracet s problémy a svým plánem rehabilitace. Tém polovina respondent uvádí Centrum Paraple jako místo,

kde mu byly poprvé od úrazu poskytnuty dostatečné informace a kde jim někdo poradil, na koho se můžete v případě vaší rehabilitace obracet s dotazy.

Ta to hypotéza se potvrdila pouze u 78% pacientů. Celých 78% pacientů odpovědělo, že se setkali s case managerem a že vědí o jeho existenci v daném zařízení. Ovšem uvádí opět ve velké míře Centrum Paraple, kde působí klíčové pracovníci. A dále pacienti z rehabilitačního ústavu Luže- Košumberk uvádí, že zde byl pracovník, který s nimi probíral jejich léčbu a fungoval zde jako case manager, ovšem toto se vztahuje pouze na paní Vašíkovou, tedy nedá se obecně říci, že by zde takový pracovník působil. V jiných zařízeních se pacienti v podstatě s case managerem neseťkali a také samotná zařízení uvádí, že zde case managera nemají. V zařízeních pracujících s pacienty po poranění míchy tedy case managery jakožto samostatného pracovníka nezaměstnávají nikde. Ve zdravotnických zařízeních fungují multidisciplinární týmy, které jsou však koordinovány a vedeny různou kvalitou a také zde různou měrou spolupracují s pacientem na jeho individuálních potřebách. V Centru Paraple pak fungují klíčové pracovníci. Jsou to ovšem terapeuti s různou odborností, které zastávají vedoucí sociální pracovníci. Není zde tedy žádný nestranný odborník, který by plány a potřeby pacientů koordinoval odděleně a kromě toho s nimi nevedl žádné terapie.

Hypotéza 2: Case management by byl pro pacienty po poranění míchy přínosný z hlediska jejich kvalitnější rehabilitace.

Předpokládáme, že z výzkumu vyplyne, že zavedení case managementu by pro pacienty s míšním poraněním bylo přínosem. Case manager by měl přispět ke z kvalitnější péči, její lepší organizaci a dostatečné informovanosti pacientů.

„Case management je považován za základní řešení k zajištění kontinuity péče a odstranění problémů, jako je rigidita nebo fragmentace systému, zneužívání některých zařízení a nedostupnost služeb. Dá se pojmut i jako proces optimalizace využití lidských, materiálních a finančních zdrojů k dosažení předem stanovených cílů.“
(Szotáková, 2012)

Zásadní otázkou v této části výzkumu bylo, zda by pacienti vůbec využili spolupráci s case managerem. Celých 67% uvádí, že by spolupráci s case managerem rozhodně využili a pouze 17-ti % vyhovuje stávající systém a informace si raději seženu sami z jiných zdrojů. Významná většina pacientů by měla zájem o pracovníka,

se kterým by mohli konzultovat své obtíže, a který by jim mohl poradit a doporučit některé služby. Část z nich by to ocenila hlavně při nenadálých situacích a nebo při specifických obtížích o kterých si sami nedokáží dohledat dostatek informací. Považují tento výsledek za velmi důležité a poukazující na to, že by lidé po poranění míchy ocenili spolupráci s case managerem a také by ji rádi využívali.

Dále bylo zjištěno, zda by dle pacientů samotných case manager přispěl ke zkvalitnění péče. Zde odpovědělo 78% respondentů kladně a považují case managera za osobu, která by významně přispěla ke zkvalitnění péče o jejich osobu. Naproti tomu 22% tento názor nesdílí.

Pacienti také často zmíní fakt, že poměrně dlouhou dobu marně hledali někoho, na koho by se mohli v případě potřeby obracet a kdo by jim poskytl všechny potřebné informace. Podpora se jim pak dostává až v Centru Paraple (uvedlo 56% dotázaných) a v jedné třetině odpovědí se jim dostalo veškerých informací již v počáteční fázi rehabilitace.

Co se týče využívání rehabilitačních zařízení v průběhu života pacientů, tak z dotazníkového šetření vyplynulo, že 78% osob využívá zařízení stále opakovaně. Z rozhovorů dále vyplynulo, že tyto zařízení využívají, protože to tam již znají a vyhovuje jim tam prostředí a systém terapií. Nicméně málokdo má také představu o dostupných službách v dalších zařízeních. Lze předpokládat, že case manager by doporučil pacientovi rovněž zařízení tak, aby vyhovovala co nejlépe jeho aktuálním potřebám.

Informace o návazných službách a možnostech rehabilitace po úrazu míchy se nadpoloviční většinou osob dozvídá až později, nejčastěji pak v Centru Paraple, tedy v době, kdy by měli již být informováni o možnostech a službách, které jsou dostupné.

Ohledně získávání potřebných informací se pacienti vyjádřili tak, že je získávali nejčastěji až v Centru Paraple, kde fungují klíčoví pracovníci. Většina pacientů se tedy ke kompletním informacím, které požadovali, dostává až se značným zpožděním, protože do Centra Paraple se dostávají až v pozdní fázi rehabilitace. Pacienti, kteří jsou od úrazu již delší dobu, neměli na počátku příliš informací a dozvíдали se je až v průběhu. Případně dříve pokud měli šanci a dostali se během rehabilitace k paní Faltýnkové nebo Vašíkové, které jim poskytly všechny informace souhrnně a plně se jim vnovaly. Pacienti by ocenili stručný souhrn informací v počátcích a hlavně možnost si je někde uchovat a průběžně se k nim vracet a přidávat si některé nové. Toto právě naplní úlohu desky, které jsou nyní k dispozici novým pacientům.

Dále bylo zjištěno, jak funguje z pohledu pacientů systém předávání informací mezi jednotlivými zařízeními. Zda jich mají dostatek, a nebo se v zařízeních pacienti stále ptají na stejné údaje a plány rehabilitací na sebe nenavazující. Zde z dotazníků vyplynulo, že většina zařízení si mezi sebou předává zdravotnickou dokumentaci, ovšem v nedostatečné podobě. Celých 72% dotazovaných odpovědělo, že informace na dalším pracovišti nemají, nebo nebyly dostatečné. Většina plánů rehabilitace se dle pacientů vytváří znovu a bez návaznosti na předchozím vyšetření. Na všech pracovištích se často zcela zbytečně opakují. Case manageri by měli být schopni si potřebné informace předávat tak, aby se minimalizovalo opakování terapie bez předchozí návaznosti. Na druhou stranu pouze jeden respondent uvedl, že nechce žádnou formu předávání informací mezi zařízeními. Ostatní se vyslovili tak, že by jim zvýšení předávání informací vyhovovalo. Dále pak respondenti navrhnou v tšit dostupnost informací na internetu, nebo elektronickou formu předávání informací mezi zařízeními- například zahaslovaný systém, u kterého by pacient v každém zařízení projevil souhlas s jeho otevřením a využíváním.

Tém polovina respondentů udává, že odborníci dostávali spíše rozdílná doporučení ohledně jejich rehabilitací a nadpolovičnou většinu uvádí, že se odborníci v doporučeních spíše shodovali. Nicméně to, že téměř polovina osob dostávala rozporuplné informace a nebyl nikdo, kdo by jim tento rozpor objasnil a pomohl jim nalézt nejvhodnější cestu, lze považovat za velký problém.

Plných 50% respondentů se s boxy od CZEPA s názvem Průvodce léčbou a rehabilitací ještě nesešlo a pouze 28% je aktivně využívá. Je zde tedy velký prostor jednak pro jejich rozšíření nejen mezi pacienty, kterým se úraz stal v poslední době, ale také mezi ty, kteří jsou od úrazu již nějakou dobu, protože i oni využívají rehabilitační péči a chtěli by ji lépe koordinovat. Je také zjevné, že je třeba na boxech ještě zapracovat tak, aby je více využívali i ti, kteří se s nimi již setkali. Tyto boxy znají pouze pacienti, kteří se dostali na spinální jednotku v posledních letech a zde, například v některém dalším rehabilitačním ústavu, se setkali se Zdeňkou Faltýnkovou, která se pokouší desky zavádět. Pacienti, kteří jsou po úrazu již delší dobu, desky neznají a neví o jejich existenci. Toto je velká škoda, protože i pro ně by bylo užitečné mít nějaké jednotné místo, kde by si mohli shromáždit obdržené informace a také by spolu s deskami mnoho nových informací obdrželi rovnou.

Tato hypotéza se tedy potvrdila. Dle pacientů by case manager rozhodně přispěl ke zkvalitnění jejich péče a o spolupráci s ním by měli zájem. V oblastech, ve kterých se angažuje case manager- tedy koordinace péče, předávání informací pacientům, předávání informací mezi zdravotními, se pacienti vyjádřili ve velké většině tak, že jim toto v prvních fázích rehabilitace scházelo a měli by zájem o spolupráci s takovým pracovníkem v počátcích i v pozdějších fázích, případně během celého života. Case manager by tak mohl velkou měrou přispět ke zlepšení koordinace péče mezi jednotlivými zdravotními i uvnitř každého z nich a tím zkvalitnit péči o tyto pacienty.

5. Diskuze

Využívání case managementu v naší republice a v zahraničí je značně rozdílné. Na počátku psaní bakalářské práce jsem předpokládala, že jeho využití bude obdobné, i když třeba ne tolik rozšířené. Ovšem již Nepustil (2013) tvrdí, že vzniklo hned několik modelů tohoto způsobu práce. Dle jeho poznatků hlavní principy spoívají v zahraničí ve zprostředkování potřebných zdrojů, které pacient potřebuje, efektivní formou a cílem case managementu je tedy mimo jiné i úspora financí. NASW (1992) k tomu uvádí „*Case management je metoda, jejíž pomocí pracovník organizuje, koordinuje, monitoruje, hodnotí a prosazuje sadu služeb, která je šitá na míru pacienta.*“ Case manager je pracovník, mající na starosti jak organizaci služeb, tak jejich financování. V české republice je case management dle Musila (2011) považován za strukturovanější variantu případové sociální práce a je chápána jako konceptní řízení pomoci v rámci případu. Nepustil (2010) se s jeho tvrzením shoduje, když tvrdí, že je zde cílem především pomoci pacientovi dosáhnout uspokojivé kvality života v prozřeném prostředí a stabilizovat jeho zdravotní stav při minimalizovaném počtu hospitalizací. Financování tedy case manager na starosti nemá. Tím je dán hlavní rozdíl mezi námi a zahraničím. Srovnání case managementu se tedy ukázalo jak velký problém, srovnáváme prakticky nesrovnatelné modely práce.

Dále je u nás prozatím nedostatek literatury, z které by bylo možné informace čerpat. Bylo nutné se opírat o zahraniční zdroje, zejména internetové. Informace o využití této metody v české republice je tedy možné zjistit pouze okrajově u několika autorů, i z internetových zdrojů. Cílem práce bylo mimo jiné zjistit, zda je ergoterapeut zaměstnán jako case manager v některém zařízení. Zjistili jsme však pouze několik případů uvedených v teoretické části práce, které uvádí zahraniční zdroje. V české republice se mi to zjistit nepodařilo, vyjma Centra Paraple, kde využívají své terapeuty i jako klíčové pracovníky, včetně ergoterapeuta.

Ve svém výzkumu jsem vycházela z tvrzení Stuchlíka (2002), který tvrdí, že case management je aktivita propojující uživatele a služby a je to řešení k zajištění kontinuity péče a omezuje nedostupnost služeb a fragmentaci systému. Domnívala jsem se, že většina rehabilitačních zařízení bude takto postupovat a bude využívat alespoň klíčové pracovníky a tím koordinovat péči o své pacienty. Toto se mi při výzkumu nepotvrdilo. Z rozhovorů a dotazníků vyplynulo, že pouze některá zařízení tyto pracovníky využívají

a pokud ano, tak pouze okrajov. Tvoří tedy základní individuální plán a proberou s pacientem jeho plány, nicméně dále se mu již nevěnují a o předávání informací dalším zařízením formou ucelené zprávy již nemůže být řeč. Jedním z mála zařízení, kde toto využívají, je Centrum Paraple. Pacienti sem však přicházejí až delší dobu po úrazu a na které zde nebyli na pobytu v nemocnici. V České republice tak vzniká neinformovanost pacientů v raném stádiu po úrazu, kde si musí podstatnou část získat pacienti sami, a nebo seskládat od jednotlivých pracovníků. Přitom již v roce 2002 bylo vydáno Metodické opatření Ministerstva zdravotnictví, které stanovilo síť pracovišť zajišťujících péči o spinální pacienty v různých časových obdobích po míšním poranění a v roce 2004 vznikla česká společnost pro míšní lézi, která vytvořila diagnostické a terapeutické standardy péče o úrazové i neúrazové poranění páteře a míchy., které by měly zajistit lepší provázanost a organizaci dostupných služeb. Také je již od roku 1991 usilováno o tvorbu metodických opatření k provádění léčebné rehabilitace a zajištění její návaznosti. Za tímto účelem vzniklo již několik pracovních skupin a mnoho příruček a doporučení, jak postupovat. (Čevela, Čeledová, 2011)

Ípřes tato opatření je zatím jejich provázanost nedostatečná. Švestková, Maršálek (2010), k tomu uvádí, že jsou nerovnoměrně rozprostřena a komunitně odtažitá a po propuštění vrhají pacienta do nepřipraveného sociálního a komunitního prostředí. Křik tomu ze své osobní zkušenosti tvrdí že nejtěžší je přechod domů. Lovk se vrátí do domácího prostředí, které často není upravené, a musí se naučit tam fungovat.

Postupně jednotlivá zařízení začínají pracovat alespoň formou multidisciplinárního týmu. Tyto týmy využívají jako nástroj případové konference, což je jeden z nástrojů case managementu. Pracovníci spolupracují a hodnotí potřeby pacienta společně, často má jeden z nich „vedoucí“ úlohu a tudíž se stává case managerem, aniž by to bylo nijak výrazněeno. Nejmástji je to však lékař, který hodnotí pacienta pouze ze svého pohledu a nikoliv nestranný pracovník. Jak uvádí Nepustil (2011), tak case manager je v zahraničí zodpovědný za účelné poskytování služeb pacientovi, zatímco současně probíhá deinstitucionalizace péče směrem z nemocnic a léeben do přirozeného prostředí a vytváří se modely péče a byl ustanoven case management jako profese. Bylo by tedy vhodné, aby v našich podmínkách také vznikla profese case managera, jako nestranného pracovníka, řídicího týmu odborníků pečujících o pacienty. Stanovená hypotéza, tvrdící, že tato zařízení budou case management používat pouze výjimečně, se mi tedy potvrdila.

V zahraničí to funguje například tak, jak definuje na svých stránkách Apparelyzed.com. Nejprve je stanoven case manager, pracující s pacientem po míšním poranění. Ujímá se klíčové role v koordinaci péče. Zajistí kontaktní místo pro všechny zúčastněné strany a organizace. Hlavní funkcí této role je dodávka uvedených služeb a doporučení. Výsledkem práce case managera je zajištění pacientových požadavků a jejich realizace ve stanovených lhůtách. Ovšem v našich podmínkách toto nefunguje. Z výzkumu vyplynulo, že se 67% dotazovaných setkalo s case managerem i podobou odborností během své rehabilitace. Ale téměř polovina respondentů uvádí až Centrum Paraple jako místo, kde jim byly poprvé od úrazu poskytnuty dostatečné informace a kde jim někdo poradil, na koho se můžete v průběhu vaší rehabilitace obracet s dotazy. Tyto informace přichází tedy velmi pozdě, oproti běžné praxi v zahraničí. V nejdůležitější poúteční fázi jsou tedy pacienti odkázáni na málo koordinované zdroje informací a mnoho si jich musí zajistit sami. Do své komunity se tedy vrací bez potřebné opory, jak již zmínil Kříž výše.

Zahraníční systém je dle mého názoru a zjištěných poznatků z výzkumu naprosto ideálním řešením. Case manageri zde pracují s pacienty během pobytu v konkrétním zařízení, ale podporují je také prostředím do dalšího zařízení a předávají si mezi sebou potřebné informace a koordinují veškeré služby.

V našich podmínkách je jedním z hlavních problémů rozdělenost organizace i finančních zdrojů způsobená vlivem MZ a MPSV. Tato dvě ministerstva mají na starost kompletní rehabilitační fázi každého pacienta a bylo by tedy třeba, aby tyto fáze na sebe navazovaly. Jak tvrdí Ševela, Šeledová (2011) tak by bylo vhodné vytvořit novou právní úpravu stanovující způsob koordinace a provázanosti služeb. Dle jejich názoru by mělo být aktivnější MZ, které stojí na počátku cesty, ve chvíli, kdy se člověk dostává do nemocnic a později do rehabilitačního zařízení. Dále je třeba spolupráce s MPSV, které zajišťuje následnou sociální a pracovní rehabilitaci osob s postižením. V tomto ohledu by byla velmi vhodná funkce case managera, který by mohl koordinovat péči o daného pacienta v průběhu celé jeho rehabilitace a mohl by tak fungovat jako spojovací článek mezi zdravotnickým a sociálním systémem a provádět pacienta celým průběhem rehabilitace.

Jako velký problém se ukázalo i předávání informací mezi jednotlivými subjekty. Zde z dotazníkového šetření vyplynulo, že dle názoru pacientů si většina zařízení mezi sebou předává zdravotnickou dokumentaci, ovšem v nedostatečné podobě. Celých 72% dotazovaných odpovědělo, že informace na dalším pracovišti neměly, nebo nebyly

dostatečné. Většina plánů rehabilitace se dle pacientů vytváří znovu a bez návaznosti na předchozí vyšetření. Na všech pracovištích se často zcela zbytečně opakují. Na druhou stranu například pan Guo z Fakultní nemocnice Ostrava tvrdí, že s pacientem odesílají standardně veškerou dokumentaci o péči dle standardu dané nemocnice a využívají k tomu i boxy pro pacienty od CZEPA, kde je předkládová zpráva a testy v kopii pro pacienta k založení. Pokud se k nim pacienti vrací, tyto informace využívají, bohužel ne vždy mají s sebou tyto desky. Informace z výzkumu je tedy čistě subjektivní pocit pacientů, u kterých mnoho vyšetření probíhá opakovaně a nabývají tedy dojmu, že získání těchto informací nemá.

Možnost předávání informací – a už formou lékařských zpráv, které jsou ovšem často stručné a zaměřené pouze na lékaře, nebo formou zmíněných boxů od CZEPA, tedy existuje a je využívána, Otázkou ovšem zůstává, do jaké míry informace o pacientovi předávat dalšímu zařízení a kdy už by to pro pacienty nebylo vhodné, a už kvůli tomu, aby se sami zapojovali do rehabilitačního procesu, tak kvůli ohrožení jejich soukromí. Celkem překvapivě většina respondentů odpověděla, že by velmi uvítali, pokud by nějaká forma předávání informací fungovala. Zvláště proto, aby bylo možné pokračovat v již započatém rehabilitačním plánu a nebylo třeba jednotlivá vyšetření provádět stále znovu. Pouze minimu pacientů by toto nevyhovovalo, zejména v obavě toho, kdo všechno by tyto informace mohl vidět. Naproti tomu sociální pracovníce Centra Paraple tvrdí, že by komplexní předávání informací nebylo vhodné, protože to nepodporuje proaktivitu klientů, kteří by se měli aktivně účastnit tohoto procesu. Napadla mne tedy forma předávání zpráv a už papírovou formou v deskách, nebo online formou, kde by pacient mohl povolit jednotlivým zařízením sdílet tyto informace o jeho osobě. Samozřejmě by bylo nutné toto velmi dobře zabezpečit a promyslet a musela by být sdílena jen nutná data pro následující rehabilitaci. Papírová forma, kdy si pacient sám rozhodne, komu vše předá a komu ne je možná zatím mnohem vhodnější. Ale bylo by nutné, aby se zařízením o této možnosti dozvěděly a informace od pacientů vyžadovaly a také je aktivně vytvářely pro další zařízením, což zajistí pouze větší informovanost a rozšíření těchto desk, o což se v současné době snaží zejména paní Faltýnková.

Další stanovenou hypotézou bylo, zda by case management byl pro pacienty přínosný a zkvalitnil jejich rehabilitaci. Tato hypotéza se mi opět potvrdila. Case management by tedy mohl být vhodnou formou pro tento typ pacientů, ovšem po vytvoření vhodného modelu, upraveného na naše prostředí a náš způsob rehabilitační

pé e. Dále by byla také nutná úprava legislativy a ukotvení case managementu jakožto poskytované služby.

Role ergoterapeuta v case managementu má v zahraničí vzrůstající tendenci. Například Krupa, Clark (1995) ve svém článku uvádí, že ergoterapeuté jsou v současné době zapojeni do zpracovávání a provádění služeb case managementu pro těžce mentálně postižené. V Kanadě uvádí CAOT, že se o rozvoj a provádění služeb case managementu pro osoby s psychiatrickým postižením významně zasloužili ergoterapeuté. Ergoterapeuté zde fungují jako case manažeri, jako dohled na case management nebo vedoucí pracovníci v řízení služeb case managementu. V našich podmínkách by tuto roli mohlo posílit také budoucí magisterské vzdělávání ergoterapeutů, díky kterému by měli odpovídající vzdělání k tomu, aby se mohli stát vedoucími pracovníky v různých zařízeních a mohli přijímat vedoucí úlohu a řízení multidisciplinárních týmů, které fungují v nejrozličnějších rehabilitačních zařízeních, mimo jiné i pro pacienty po poranění míchy.

Domnívám se tak, že všech zjištěných informací, že case management má v našich podmínkách velkou budoucnost a pro pacienty by byl velkým přínosem.

6. Závěr

Jako nejvhodnější definici case managementu jsme našli tuto od NASW (1992), která je již zmíněna v úvodních kapitolách: „*Case management v sociální práci je metoda poskytování služeb, jejíž pomocí odborný pracovník zjistí potřeby pacienta a jeho rodiny (tam, kde je to vhodné) a organizuje, koordinuje, monitoruje, hodnotí a prosazuje sadu služeb určitého typu, která je šitá na míru specifickým potřebám pacienta.*“

Během psaní práce se ukázalo, že využití case managementu v zahraničí a u nás je dosti rozdílné. Zatímco v zahraničí je již mnoho let využíván pro možnost práce s pacienty a také pro velké finanční úspory, v našich podmínkách je zatím pouze v začátcích a vzal na sebe formu spíše koordinování péče o pacienty v daném zařízení, než formu nabízení služeb a dlouhodobé podpory jako v zahraničí. Pouze jeden respondent mého výzkumu uvádí, že mu byl v každém zařízení přidělen jeden pracovník, který měl na starosti jeho plán rehabilitace a byl mu k dispozici pro jeho dotazy a potřeby, což je velmi málo.

Case management je vykonáván určitými odborníky, nejčastěji sociálními pracovníky, ovšem v zahraničí se jimi stávají stále častěji ergoterapeuté. Jedním z cílů práce bylo zhodnotit roli ergoterapeuta v case managementu a zjistit tak, zda by tuto profesi mohl vykonávat. Ze zahraničních zdrojů vyplynulo, že ergoterapeut je vhodným kandidátem na tuto pozici a je stále častěji využíván. V České republice se mi však tuto informaci díky nedostatku literatury získat nepodařilo. V případě pacientů se spinálním poraněním se „case managery“ stávají praktičtí lékaři, nicméně nemají k této odbornosti dostatečné informace a ani vzdělání a zkušenosti. Postupně se také začínají využívat Boxy od organizace CZEPA, které mají shromáždit zásadní informace pro každého pacienta a mají přispět ke zlepšení předávání informací a zjednodušení organizace péče o tyto pacienty.

Jako stále ježní se také ukazuje neexistence kvalitní spolupráce mezi ministerstvem zdravotnictví a ministerstvem práce a sociálních věcí, které by měly vzájemně spolupracovat při organizaci rehabilitační péče o tyto pacienty. Na tento problém upozorňuje již Stuchlík a také MPSV ve svých výzkumech. Prozatím také neexistuje zákon o rehabilitaci, který by tuto péči upravoval. Jako nutné se tedy ukazuje tvorba

tohoto zákona a také zlepšení souinnosti mezi jednotlivými ministerstvy, a již v oblasti financování, tak v oblasti organizace zdravotní i sociální péče o tyto pacienty.

Z mého výzkumu vyplynulo, že o službu case managera by měli pacienti po úrazu míchy velký zájem. Zvláště v prvních fázích léčby jim chybí někdo, kdo by jim poskytl ucelené informace, nabídl vhodné služby a mohli se na někoho přiblížit obracet se svými dotazy. Také zde naprosto chybí ucelená forma předávání informací o pacientech mezi jednotlivými zařízeními a to i přes to, že pacient po úraze míchy projde postupně kolem 5 zařízení a vyžaduje také dlouhodobou rehabilitaci v průběhu celého života. Toto začínají opět suplovat Boxy, ovšem zatím o nich ví pouze zlomek pacientů a také jednotlivá zařízení je příliš nevyužívají. Doufám však, že se tento nápad více ujme a budou využívány v mnohem širší míře.

Obstavené hypotézy se mi během výzkumu potvrdily a troufám si tak tvrdit, že pozice case managera u pacientů se spinální problematikou by byla velmi vhodná a její zavedení by přispělo ke zkvalitnění péče o tyto pacienty. Nedílnou součástí by také bylo zlepšení provázanosti péče, kvalitnější organizace a tím také finanční úspora v této oblasti. Zařízení pečující o pacienty po úraze míchy case management zatím příliš nevyužívají a pokud ano, tak pouze v omezené míře. Ovšem s výjimkou Centra Paraple, kde zavedli úspěšný systém klíčových pracovníků, které si pacienti velmi chválí. O boxech, které považují za velmi zdařilý projekt s velkou budoucností, zatím pacienti příliš netuší a ani tak za zařízení, ovšem postupem času se toto budou doufejme zlepšovat a budou více využívány.

Pro pacienty by tedy byl case manager velkým přínosem. Pokud by tedy vznikl odborný poradce s dostatečným vzděláním, který by byl schopen koordinovat jejich léčbu a byl by jim k dispozici. Jedním z možných kandidátů by práv mohl být ergoterapeut. Doufejme, že tato funkce bude i v naší republice v budoucnu k dispozici a že pozice case managera vznikne i v nemocnicích a následná léčba a rehabilitace bude mnohem snazší.

Seznam odborné literatury

1. AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie: uebnice pro lékařské fakulty*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, 2006, 351 s. ISBN 80-726-2433-4.
2. DUSTIN, Donna. *The McDonaldization of social work*. Burlington, VT: Ashgate, c2007, xvii, 189 p. ISBN 07-546-4639-4.
3. FERJENÍK, J. Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál, 2005
4. FICOVÁ, Michaela. *Využití metody case management v České republice* [online]. Brno, 2014 [cit. 2014-04-07]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/383685/ff_b/FICOVA_MICHAELA_-_BAKALARSKA_PRACE.pdf. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Mgr. Kateřina Pevná
5. GALLI, Richard. *Zachránit Jeffreyho*. Vyd. 1. Předklad Kateřina Ctiborová. Praha: Portál, 2002, 166 s. ISBN 80-717-8668-3.
6. HAASOVÁ, K. 2008. *Úvod do case managementu*. In JANOUŠKOVÁ, K. *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků*. Sborník studijních textů pro terénní sociální pracovníky. Ostrava: Ostravská univerzita.
7. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
8. KLIMEK, Hynek a Jana FESSLOVÁ. *Pěče nechcípnu jen tak*. 1. vyd. Plzeň: Plejáda, 2010, 78 s., [32]s. obr. p. il. ISBN 978-80-87374-51-1.
9. KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, xxxi, 713 s. ISBN 978-807-2626-571.
10. KOLOUŠKOVÁ, Kateřina. *Poranění páteře v ošetřovatelské péči*. Brno, 2012. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékářská fakulta, Katedra Ošetřovatelství. Vedoucí práce Mgr. Zuzana Hasalová.
11. KOUDELA, Karel. *Ortopedická traumatologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002, 147 s. ISBN 80-246-0392-6.
12. KŘÍŽ, Jiří. Spinální program v České republice – historie, současnost, perspektivy. *Neurologia pre prax*. 2013, ro. 14, č. 3, s. 147-150. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/856d9d38fc1bc28008ff6ecea980ad67.pdf>
13. KULAKOVSKÁ, Marie. Historie vzniku sítě pro komplexní péči po úrazových míšních poraněních a její 6-ti letý vývoj. In: *Rehabilitační ústav Kladruhy* [online]. 2008 [cit. 2013-09-10]. Dostupné z: <http://www.rehabilitace.cz/store/historie-vzniku-site-pro-komplexni-peci-po-urazovych-misnich-postizenich.pdf>
14. MAREŠ, J. 2006. Manuál pro tvůrce a uživatele studentského posuzování výuky. Praha: Karolinum.
15. MATOUŠEK, Oldřich et al. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
16. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁŘKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Editor Oldřich Matoušek, Pavla Kodymová, Jana Kolářková. Praha: Portál, 2010, 351 s. ISBN 978-807-3678-180.

17. NEPUSTIL, Pavel a Markéta SZOTÁKOVÁ. Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek. In: NEPUSTIL, Pavel a Markéta SZOTÁKOVÁ. Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek: metodická příručka [online]. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2013 [cit. 2014-04-07]. Metodika, no. 11. ISBN 9788074400766. Dostupné z: http://ies.podaneruce.cz/data/public/Case_management_se_zotavujicimi_se_uzivateli_navykovych_latek.pdf
18. NEPUSTIL, Pavel a Markéta SZOTÁKOVÁ. Case management se zotavujícími uživateli návykových látek. In: [online]. 1. vyd.: Úřad vlády České republiky, 2013 [cit. 2014-01-20]. Dostupné z: http://ies.podaneruce.cz/data/public/Case_management_se_zotavujicimi_se_uzivateli_navykovych_latek.pdf
19. NEPUSTIL, Pavel. Příkladové vedení/case management ve světle postmoderního kolaborativního přístupu (Case Management in the light of postmodern collaborative approach). získáno prostřednictvím e-mailu přímo od autora
20. NOBILISOVÁ, Marja. *Vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem při využití case managementu v drogové problematice*. Brno, 2012. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce doc. PhDr. Pavel Navrátil, Ph.D.
21. NOUZA, Jan. *Nezastat sám*. 1. vyd. Praha: Melantrich, 1984.
22. PETEROVÁ, Věra et al. *Páteř a mícha*. Praha: Galén, 2005, 188 s. ISBN 80-7262-336-2.
23. PFEIFFER, Jan. *Ergoterapie II: Účeno pro studenty zdravotní školy studijního oboru rehabilitační pracovník*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání studentů zdravotnických profesí, 1989, 196 s. Učební texty pro studenty zdravotní školy. ISBN 80-701-3020-2.
24. POKORNÝ, Vladimír. *Traumatologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002, 307 s. ISBN 80-725-4277-X.
25. *Rukovň rodičů dítěte se zdravotním postižením*. 2. dopl. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 1998, 200 s.
26. SKALKOVÁ, J. *Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu*. Praha 2. vyd.: Státní pedagogické nakladatelství, 1985. 216 s. 14-275-85.
27. SILVERMAN, D. *Ako robi kvalitatívny výskum*. Bratislava: IKAR, 2005
28. SKŘIVÁNKOVÁ, Zuzana. *Metodiky pro plánování sociálních služeb: Komunitní plánování sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: Centrum pro komunitní práci, 2007, 112 s. ISBN 978-80-86902-44-9.
29. STUHLÍK, Jan. *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha: Fokus Praha, 2002, 87 s.
30. SZOTÁKOVÁ, Markéta. *Využití "case managementu" při naplňování objednávky klienta*. Brno, 2012. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra Sociální politiky a sociální práce. Vedoucí práce prof. PhDr. Libor Musil, CSc.
31. ŠVESTKOVÁ, Olga a Pavel MARŠÁLEK. Návrh modelu rehabilitace v ČR pro osoby s významnou disabilitou. In: MARŠÁLEK, Pavel a Olga ŠVESTKOVÁ. *Návrh modelu rehabilitace v ČR pro osoby s významnou disabilitou* [online]. 2010 [cit. 2014-04-07]. Dostupné z: <http://www.cerebrum2007.cz/>
32. VANDERPLASSCHEN, W. Comparative review of the development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe, Psychiatric Services, 2004.

Internetové zdroje

1. Boxy pro vkládání zdravotní dokumentace. BRAUN MEDICAL S.R.O. *Braunoviny* [online]. 2013 [cit. 2013-10-25]. Dostupné z: <http://braunoviny.bbraun.cz/clanky/boxy-pro-vkladani-zdravotni-dokumentace/>
2. Boxy pro vkládání zdravotní dokumentace. *eská asociace paraplegik* [online]. 2010 [cit. 2013-10-25]. Dostupné z: <http://www.czepa.cz/news/boxy-pro-vkladani-zdravotni-dokumentace-/>
3. Cíle a význam. ESKÁ SPOLE NOST PRO MÍŠNÍ LÉZE LS JEP. *eská spole nost pro míšní léze LS JEP* [online]. [cit. 2013-12-02]. Dostupné z: <http://www.spinalcord.cz/cz/o-spolecnosti/cile-a-vyznam/>
4. Cíle a význam. ESKÁ SPOLE NOST PRO MÍŠNÍ LÉZE LS JEP. *eská spole nost pro míšní léze LS JEP* [online]. 2014 [cit. 2014-03-01]. Dostupné z: <http://www.spinalcord.cz/cz/o-spolecnosti/cile-a-vyznam/>
5. CMSUK STANDARDS OF PRACTICE: and Best Practice Guidelines. In: *CMSUK STANDARDS OF PRACTICE* [online]. 2. vyd., 2009 [cit. 2013-12-10]. Dostupné z: <http://www.cmsuk.org/userfiles/file/000Standards%20nd%20Ed%20Nov%2009.pdf>
6. Community Liaison team: Case management. ROYAL NATIONAL ORTHOPAEDIC HOSPITAL TRUST. *Royal National Orthopaedic Hospital* [online]. [cit. 2014-01-20]. Dostupné z: <http://www.rnoh.nhs.uk/clinical-services/spinal-cord-injury-centre/community-liaison>
7. Compensation Case Managers. APPARELYZED.COM. *Apparelyzed: Spinal cord injury peer support* [online]. 2003 - 2013 [cit. 2013-11-25]. Dostupné z: <http://www.apparelyzed.com/compensation/case-manager.html>
8. EVELA, Rostislav a Libuše ELEDOVÁ. Osud koordinované rehabilitace. In: *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2011 [cit. 2014-03-01]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/11618>
9. GASSAWAY, Julie, Nichola ABEYTA, Erma S. FREEMAN a Donna PRIMACK. Social work and case management treatment time during inpatient spinal cord injury rehabilitation. *The Journal of Spinal Cord Medicine* [online]. 2011, vol. 34, issue 2, s. 216-226 [cit. 2013-09-25]. DOI: 10.1179/107902611X12971826988291. Dostupné z: <http://www.maneyonline.com/doi/abs/10.1179/107902611X12971826988291>
10. GUTBEZ AHL, Cary D. Case management role is likely to expand under health care reform. *Hospital case management* [online]. 2010, ro . 6, . 18 [cit. 2014-02-10]. Dostupné z: http://www.researchgate.net/journal/1087-0652_Hospital_case_management_the_monthly_update_on_hospital-based_care_planning_and_critical_paths
11. HARTNOLL, Richard. Příručka k provádění výzkumu metodou sněhové koule: Snowball Sampling. In: . [online]. Council of Europe, 1997 [cit. 2014-05-14]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/metodika/prirucka_k_provedeni_vyberu_metodou_snehove_koule
12. HRDINOVÁ, Andrea et al. Na jedné lodi aneb Jak uspořádat případovou konferenci v oblasti péče o ohrožené děti. In: [online]. Obanské sdružení Rozum a Cit, 2010 [cit. 2013-11-02]. Dostupné z: http://www.rozumacit.cz/sites/default/files/Methodika_pripadovych_konferenci_0.pdf

13. JÍLKOVÁ, Jana a Jiří KÍŽ. Spinální jednotka – návrat do života. *Zdravotnictví+medicína: Zdraví E15* [online]. 2011, 2014 [cit. 2014-03-24]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/spinalni-jednotka-navrat-do-zivota-460588>
14. KLICPEROVÁ, Barbora. *Case management -koordinace péče v praxi Dílen tvořivosti*. Dostupné z: http://www.dilnytvorivosti.cz/uploaded_files/vzdelavani/2010/konference_case_management_prezentace_dilny_tvorivost.pdf
15. KRUPA, Terry a Carrie C. CLARK. Occupational therapists as case managers: Responding to current approaches to community mental health service delivery. *Canadian Journal of Occupational Therapy* [online]. 1995, ro. 1, . 62 [cit. 2014-01-08]. Dostupné z: http://www.caot.ca/cjot_pdfs/cjot62/62.1_Krupa.pdf
16. M. DUFRESNE, Georgette. The Occupational Therapist as Case Manager. *American Journal of Occupational Therapy* [online]. 1991, ro. 45, . 12 [cit. 2014-02-24]. Dostupné z: <http://ajot.aotapress.net/content/45/12/1065.full.pdf>
17. MOXLEY, David. *The practice of case management* [online]. California: Sage Publications [cit.2011-10-16]. Dostupné z:http://books.google.cz/books?id=mcn-Ey005A8C&printsec=frontcover&dq=The+practice+of+case+management&hl=cs&ei=Zy2bTjppE8OZOqe3oIkK&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q&f=false
18. NASW Standards for Social Work Case Management. *National Association of Social Workers* [online]. Washington, DC, 2014 [cit. 2014-02-23]. Dostupné z: http://www.socialworkers.org/practice/standards/sw_case_mgmt.asp
19. Návrh v rámci zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením a o změně a doplnění některých dalších zákonů. In: *Návrh v rámci zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením a o změně a doplnění některých dalších zákonů* [online]. 2010 [cit. 2014-03-15]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/dokumenty/vzz-o-rehabilitaci-ozp.pdf>
20. NEPUSTIL, Pavel. *Case Management R: o case managementu (koordinované péči) v sociálních a zdravotních službách v ČR* [online]. 2011, 2014 [cit. 2013-10-15]. Dostupné z: <http://casemanagementcr.wordpress.com/>
21. Newsletter CZEPA . 07/2013 ze dne 5. 4.2013. *Newsletter CZEPA* [online]. 2013, ro. 2013, . 07 [cit. 2013-11-05]. Dostupné z: <http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&ved=0CD0QFjAC&url=http%3A%2F%2Ffiles.czepa.webnode.cz%2F200006379-bf192bf733%2F07.pdf&ei=tNFvUr-hJcPo4gSw9oDQDg&usq=AFQjCNHkhtNtvsxqcjTHYXHMnEosRsHt9Q&sig=2=IwmlTPuCX6KWYf78CWN12Q&bvm=bv.55123115,d.bGE>
22. POWELL, Suzanne. *Case management: a practical guide to success in managed care* [online]. 1.ed.USA: Williams a Wilkins [cit. 2011-10-16]. ISBN 0-7817-1883-X. Dostupné z:http://books.google.cz/books?id=qA-88_D2XDQC&printsec=frontcover&dq=Case+management:+a+practical+guide+to+success+in+managed+care&hl=cs&ei=GyybTvapFYahOu2CoIkK&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CDEQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false
23. Rehabilitation and habilitation. WHO. *World health organization* [online]. 2014 [cit. 2014-04-07]. Dostupné z: <http://www.who.int/disabilities/care>
24. SIA HOUSE. *Spinal Injuries Association* [online]. United Kingdom, 2014 [cit. 2014-02-24]. Dostupné z: <http://www.spinal.co.uk/page/Case-management>

25. SOLA OVÁ, Hana. *CASE MANAGEMENT ANEB P ÍPADOVÉ KONFERENCE V PRAXI: Krok k pochopení – další vzdávání pracovníků v sociálních službách* [online]. 2. vyd. Benepal, 2013 [cit. 2014-02-14]. Dostupné z: http://www.nevladky.cz/data/_news/000731/case-management.PDF
26. *Standards for social work case management*. [online]. 2013 [cit. 2013-12-05]. Dostupné z: <http://www.socialworkers.org/practice/naswstandards/casemanagementstandards2013.pdf>
27. V stník 6/2002. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ R. *Ministerstvo zdravotnictví R* [online]. 2010 [cit. 2014-01-13]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1903_1032_3.html
28. Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH V CÍ. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2010 [cit. 2014-04-07]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analyza_fin_SS.pdf
29. WENDSCHE, Peter a Jiří K. IŽ. Doporučené postupy péče v akutní fázi po poškození míchy. In: [online]. Praha: Svaz paraplegiků, 2005 [cit. 2013-10-24]. Dostupné z: http://www.spinalcord.cz/_userfiles/dokumenty/doporucene-postupy/akutni_pece.pdf
30. Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR. In: *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR* [online]. Vyd. 1. Praha: MPSV, 2012 [cit. 2013-12-10]. ISBN 9788074210525. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13517/tz_100912b.pdf
31. Zdravotnická zařízení. CENTRUM PARAPLE. *Centrum Paraple* [online]. 2011 [cit. 2013-10-14]. Dostupné z: <http://www.paraple.cz/informace/organizace/zdravotnicka-zarizeni.html>
32. ZANDER, Karen. Hospital Case Management Models: Evidence for Connecting the Boardroom to the Bedside. In: ZANDER, Karen S. *Hospital case management models: evidence for connecting the boardroom to the bedside* [online]. Marblehead, MA: HCPro, c2008 [cit. 2014-03-16]. ISBN 160146200x. Dostupné z: http://books.google.cz/books/about/Hospital_Case_Management_Models.html?id=cz5PNwAACAAJ&redir_esc=y

P ílohy

- 1) P ehled rehabilita ních center v eské republice
- 2) Dotazník case managementu u osob po poran ní míchy
- 3) Shrnutí výsledk dotazníkového šet ení

1) Přehled rehabilitačních center v České republice

Komplexní péče je rozdělena podle časových období na dvě stádia:

1) stádium nemocnění, které se dále dělí

- **akutní**- 1-2- týdny na spondylochirurgických pracovištích, 15 pracovišť
 - úrazová nemocnice v Brně
 - fakultní nemocnice Brno
 - fakultní nemocnice s poliklinikou Ostrava
 - fakultní nemocnice Olomouc
 - fakultní nemocnice Hradec Králové
 - nemocnice Pardubice
 - nemocnice Liberec
 - Masarykova nemocnice Ústí nad Labem
 - nemocnice České Budějovice
 - fakultní nemocnice Plzeň
 - fakultní nemocnice v Motole
 - nemocnice Na Homolce
 - fakultní nemocnice Na Bulovce
 - fakultní nemocnice Královské Vinohrady
 - Ústřední vojenská nemocnice Praha
- **postakutní**- asi 3-12. týden zajišťují spinální jednotky, což jsou specializovaná pracoviště, která poskytují péči i v postakutním stádiu onemocnění nebo úrazu. Skladba nemocných zde odpovídá jednotce intenzivní péče se specifickou problematikou.
 - Praha- Spinální jednotka péči klinice rehabilitace a terapeutického lékařství UK 2. LF a FN Motol
 - Brno- Spinální jednotka péči klinice úrazové chirurgie FN Brno – Bohunice
 - Liberec- Spinální jednotka péči traumatologicko-ortopedickém centru Krajské nemocnice Liberec, a.s.
 - Ostrava- Spinální jednotka péči neurochirurgické klinice FN s poliklinikou Ostrava

2) stádium pé e v rehabilita ních ústavech

Zde je pé e poskytována na spinálních rehabilita ních jednotkách 6-26.týden od úrazu

St edo eský kraj- Rehabilita ní ústav Kladruby

Pardubický kraj - Hamzova odborná lé ebna pro d ti a dosp lé Luže-Košumberk

Moravskoslezský kraj - Rehabilita ní ústav Hrabyn

3) Další zdravotnická za ízení s rehabilitací

L žková (p ípadn ambulanti)

- Centrum Paraple, o.p.s. (Praha) <http://www.paraple.cz/nase-sluzby.html>
- FN Královské Vinohrady - Klinika rehabilita ního léka ství (Praha)
<http://www.fnkv.cz/>
- FN Motol - Klinika rehabilitace a t lovýchovného léka ství (Praha)
<http://www.fnmotol.cz/>
- VFN - Klinika rehabilita ního léka ství (Praha Albertov)
<http://www.vfn.cz/>
- Monada - klinika komplexní rehabilitace (Praha) <http://new.monada.cz/>
- Rehabilita ní klinika Malvazinky (Praha) <http://www.malvazinky.cz/>
- Lé ebné a rehabilita ní st edisko Chvaly (Praha) <http://www.lrs-chvaly.estranky.cz/>
- Školící a fyzioterapeutické centrum Jimramov <http://www.jarmila-capova.cz/>
- Vojenský rehabilita ní ústav Slapy n/Vltavou <http://www.volareza.cz/>
- Rehabilita ní odd lení nemocnice Nový Bydžov <http://www.nemjc.cz/>
- Rehabilita ní odd lení nemocnice Ostrov <http://www.nemostrov.cz/>
- Rehabilita ní odd lení nemocnice Liberec <http://www.nemlib.cz/>
- Rehabilita ní ústav Brandýs nad Orlicí <http://www.rehabilitacniustav.cz/>

Ambulantní

- Rehabilita ní centrum Rehafit (Praha) <http://rehafit.cz/>
- Poliklinika Pla ánská (Praha) <http://www.medifin.eu/>
- ParaCENTRUM Fenix (Brno) <http://www.paracentrum-fenix.cz/>
- TITAN rehabilitace a neurologie (Pardubice)
<http://www.neurorehabilitace-titan.cz/>
- Ambulance rehabilitace Chlumeck nad Cidlinou (Nemocnice Ji ín)
<http://www.nemjc.cz/>

- Ambulance rehabilitace Nemocnice Jiřín <http://www.nemjc.cz/>
- Ambulance rehabilitace Nová Paka (Nemocnice Jiřín)
<http://www.nemjc.cz/>
- Ambulance rehabilitace Nemocnice Bělav <http://www.nembv.cz/>
- Ambulance rehabilitace Nemocnice Píseň <http://www.nempr.cz/>
- Ambulance rehabilitace Nemocnice Příbram
<http://www.nemocnicepribram.cz/>
- Rehabilitační a regenerační centrum Borovany
<http://www.rehabilitaceborovany.cz/>
- Centrum léčebné rehabilitace Nemocnice Prostějov <http://www.nempv.cz/>
- Reha centrum Děčín <http://reha centrum.webnode.cz/>
- Reha centrum Nika Zlín <http://www.reha centrum-nika.cz/>
- Reha Arnika Horšovský Týn <http://www.reha-arnika.cz/>
- Benátecká fyzioterapie (Benátky nad Jizerou) <http://www.fyzioterapie-benatky.cz/>
- Ambulance rehabilitace Nemocnice Třebíč <http://www.nem-tr.cz/>
- Rehabilitace Kateřina (Děčín IV.) <http://www.rehkat.cz/>
- Vítkovická nemocnice, Ostrava – Vítkovice, Oddělení léčebné rehabilitace
<http://www.nemvitkovice.cz/oddeleni/rhb.html>
- Ludmila Koppová, Mariánské lázně, <http://www.koppova.eu/new/>
- RL- corpus, Olomouc, <http://www.rl-corpus.cz/>
- RRR centrum Olomouc – Neředín, Tída míru 645/115, Olomouc

2) Dotazník case managementu u osob po poranění míchy

Dobrý den,

Jsem studentkou ergoterapie a prosím Vás o vyplnění krátkého dotazníku k mé bakalářské práci na téma „Case management z pohledu ergoterapeuta se zaměřením na klienty se spinálním poraněním“. Obsahem tohoto dlouhého názvu by měla být práce, která bude popisovat organizaci rehabilitace lidí po poranění páteře v České republice.

Case manager je pracovník, který by s vámi mohl spolupracovat v průběhu rehabilitace- a už v jednom zařízení, nebo i později, pokud budete mít nějaké dotazy a budete potřebovat jiné služby. Jeho prací je koordinace dalších pracovníků a služeb, tak aby byly co nejefektivnější, provázané a finančně výhodné. Byla by to možnost, jak předávat informace mezi zařízeními a zvýšit jejich spolupráci. V některých zařízeních tuto profesi vykonávají různí koordinátoři, například by se za ně mohli považovat klíčoví pracovníci. Case managerem je tedy míněn koordinátor vaši služeb v daném zařízení, případně osoba, která vám pomáhá tyto služby koordinovat i průběžně.

Zajímá mne tedy, zda jste se již s někým takovým setkali a pokud ano, tak kde. Dále zda byste o někoho takového měli zájem a jakým způsobem by měla tato spolupráce probíhat.

Děkuji za Vaš čas Eva Zemanová

Dotazník

1. V kterém roce u vás došlo k poranění míchy?

2. Byl jste na spinální jednotce? Pokud ano, na které? (více možných odpovědí)

- Praha
- Brno
- Liberec
- Ostrava
- Nebyl

3. V jakém rehabilitačním zařízení jste byl? (více možných odpovědí)

- Kladruby
- Hrabyn
- Luže- Košumberk
- Janské Lázně
- Jiné

4. Byl jste někdy na pobytu v Centru Paraple? Pokud ano, kdy naposledy?

5. Využíváte tato zařízení opakovaně a nebo spíše zkoušíte stále nová?

- opakovaně
- stále nová

6. Věnoval se vám někdo od úrazu tak, aby vám poskytl dostatečné a komplexní informace, které jste potřeboval? Pokud ano, kdo?

7. Měli o vás na dalším pracovišti nějaké informace, a nebo všechna vyšetření a plán rehabilitace vznikl znovu a bez předchozí návaznosti?

8. Půjde vám systém předávání informací mezi zařízeními dostatečně a vhodný, a nebo byste navrhoval jiný? Dopište jaký.

9. Kdy jste se dozvěděli o návazných službách a možnostech rehabilitace po úrazu míchy? (více možných odpovědí)

- ihned po úrazu
- na spinální jednotce
- v rehabilitačním ústavu
- v Centru Paraple
- později jinde
- na internetu

10. Dostávali jste v průběhu rehabilitace různé doporučení a rozdílné rady od odborníků, nebo se v doporučeních ohledně vaší rehabilitace spíše shodovali?

- spíše rozdílná doporučení
- spíše se shodovali
- vlastní odpověď

11. Poradil vám někdo, na koho se můžete v průběhu vaší rehabilitace obracet s dotazy?

- ano, již v počátku
- ano, ale až později
- ne
- jiné

12. Setkal jste se s nějakým case managerem, který by řídil vaši rehabilitaci v daném zařízení? Rozepište prosím v jakém.

13. Využil byste spolupráci s case managerem?

- ano
- ne
- vlastní odpověď

14. Máte pocit, že by case manager mohl přispět ke zkvalitnění péče?

- ano
- ne
- ano, ale (doplňte, co by dle vás bylo potřebné pro jeho kvalitní fungování)

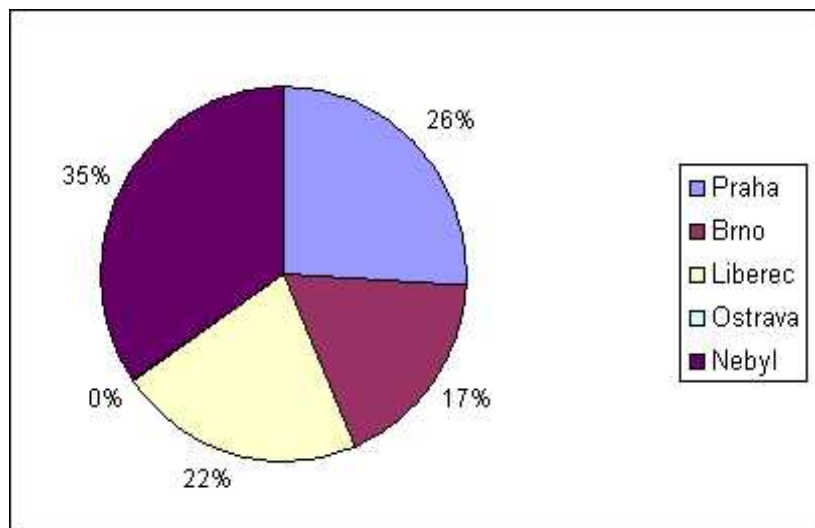
15. Setkali jste se s boxy od CZEPA s názvem Průvodce léčbou a rehabilitací? Využíváte je?

16. Zde je prostor pro doplnění dalších věcí, které by vás k tématu napadly, případně pro upřesnění některé z odpovědí.

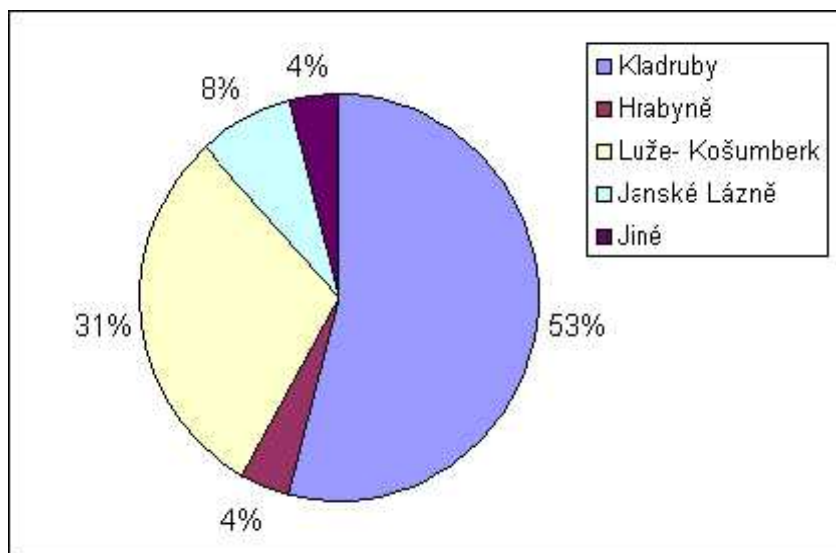
3) Shrnutí výsledků dotazníkového šetření

Shrnutí výsledků	Počet odpovědí	V %
1. V kterém roce u vás došlo k poranění míchy?	18	100%
1987-1999	4	22%
2000-2005	9	50%
2006-2011	5	28%

2. Byl jste na spinální jednotce? Pokud ano, na které? (více možných odpovědí)	23	100%
Praha	6	26%
Brno	4	17%
Liberec	5	22%
Ostrava	0	0%
Nebyl	8	35%



3. V jakém rehabilitačním zařízení jste byl? (více možných odpovědí)	26	100%
Kladruby	14	54%
Hrabyň	1	4%
Luže- Košumberk	8	31%
Janské Lázně	2	8%
Jiné	1	4%



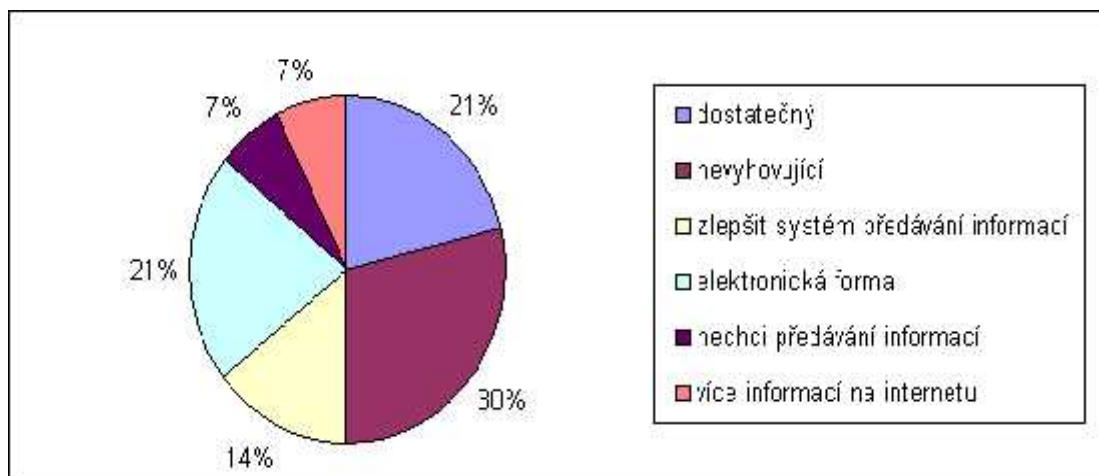
4. Byl jste někdy na pobytu v Centru Paraple? Pokud ano, kdy naposledy?	18	100%
ne	2	11%
ano	16	89%

většina pacientů zde byla v roce 2013 nebo 2014

5. Využíváte tato zařízení opakovaně a nebo spíše zkoušíte stále nová?	18	100%
opakovaně	14	78%
stále nová	4	22%

6. V případě, že se vám někdo od úrazu tak, aby vám poskytl dostatečné a komplexní informace, které jste potřeboval? Pokud ano, kdo?	18	100%
Centrum Paraple	8	44%
Luže Košumberk	3	17%
Spinální jednotka	2	11%
prof. Beneš	1	6%
Zdeňka Faltýnková	2	11%
Víde	1	6%
sociální pracovník Hrabyň	1	6%

8. P íjde vám systém p edávání informací mezi za ízeními dostate ný a vhodný, a nebo byste navrhoval jiný? Dopište jaký.	18	100%
dostate ný	3	17%
nevyhovující	4	22%
zlepšit systém p edávání informací	2	11%
elektronická forma	3	17%
nechci p edávání informací	1	6%
více informací na internetu	1	6%

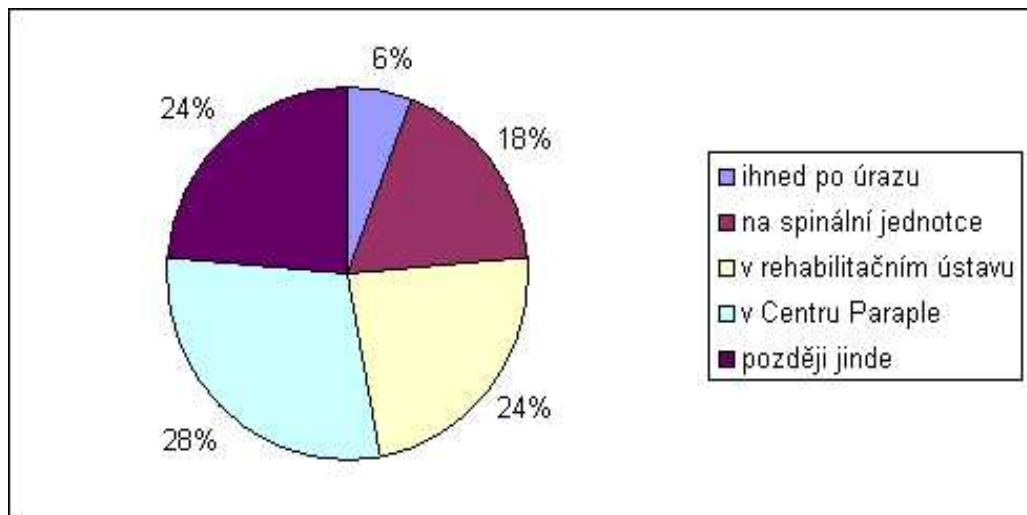


Poznámky k otázce . 8:

Netuším, jak přesně tento systém funguje, ideální by bylo mít nějaký ucelený a pro všechna tato zařízení vytvořený systém, kam by bylo možné po souhlasu dané osoby nahlédnout.

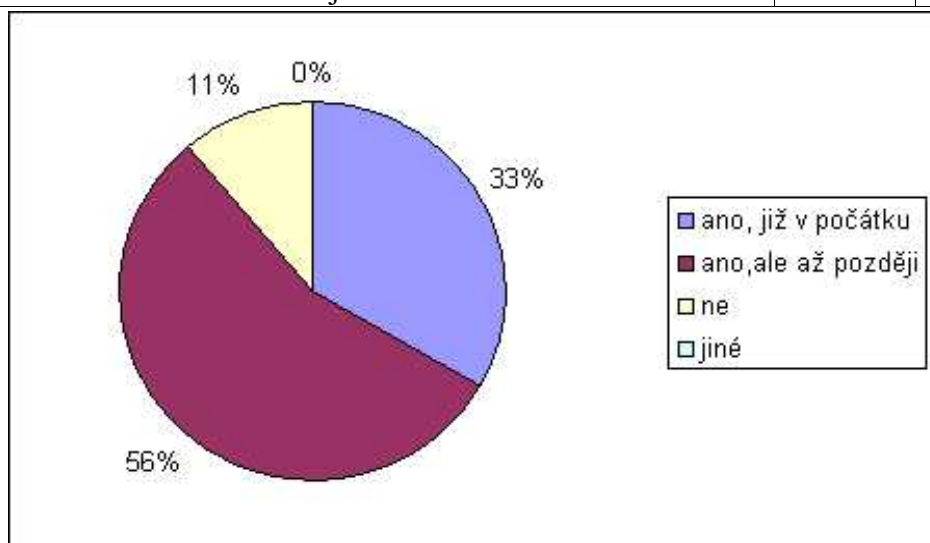
ideálně propojený systém mezi zařízeními, nyní záleží, jak klient předloží zprávu a jaký způsob předávání informací o průběhu rehabilitace, aby se dalo snadno navázat v jiných zařízeních, ale i v tom samém nevím, protože jsem to zatím nemusel řešit

9. Kdy jste se dozvěděli o návazných službách a možnostech rehabilitace po úrazu míchy? (více možných odpovědí)	18	100%
ihned po úrazu	1	6%
na spinální jednotce	3	17%
v rehabilitačním ústavu	4	22%
v Centru Paraple	6	33%
později jinde	4	22%

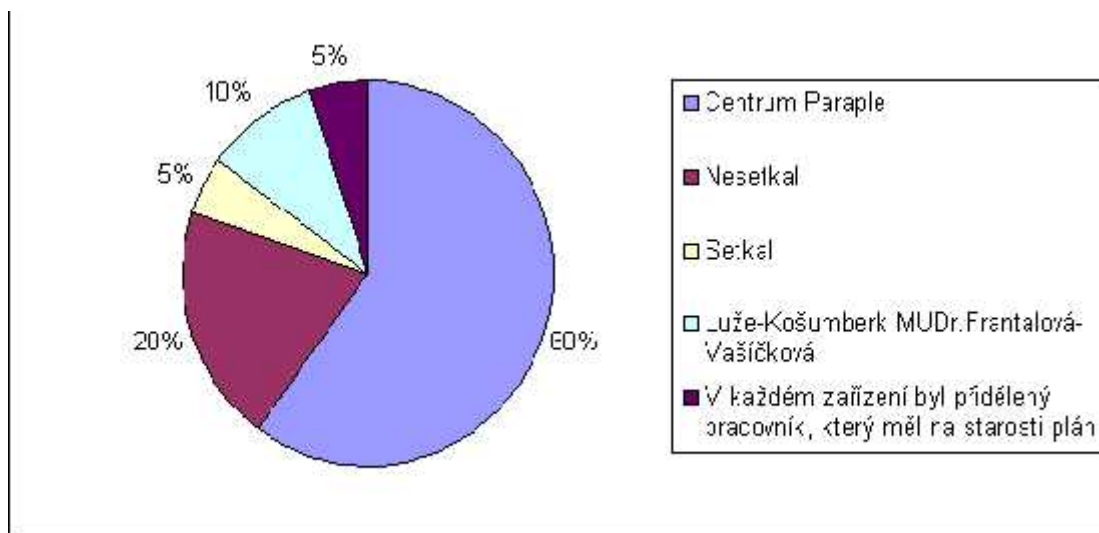


10. Dostávali jste v průběhu rehabilitace různé doporučení a rozdílné rady od odborníků, nebo se v doporučeních ohledně vaší rehabilitace spíše shodovali?	18	100%
spíše rozdílná doporučení	8	44%
spíše se shodovali	10	56%
vlastní odpověď	0	0%

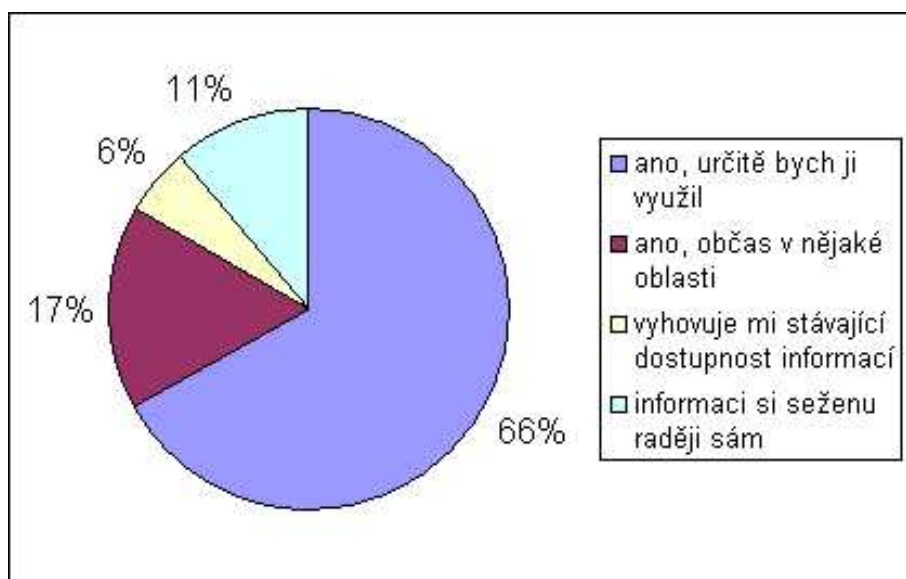
11. Poradil vám někdo, na koho se můžete v průběhu vaší rehabilitace obracet s dotazy?	18	100%
ano, již v počátku	6	33%
ano, ale až později	10	56%
ne	2	11%
jiné	0	0%



12. Setkal jste se s n jakým case managerem, který by ídíl vaši rehabilitaci v daném za ízení? Rozepište prosím v jakém.	18	100%
Centrum Paraple	12	67%
Nesetkal	4	22%
Setkal	1	6%
Luže-Košumberk MUDr.Frantalová-Vaší ková	2	11%
V každém za ízení byl p id lený pracovník, který m l na starosti plán	1	6%



13. Využil byste spolupráci s case managerem?	18	100%
ano, ur it bych ji využil	12	67%
ano, ob as v n jaké oblasti	3	17%
vyhovuje mi stávající dostupnost informací	1	6%
informaci si seženu rad ji sám	2	11%



14. Máte pocit, že by case manager mohl poskytnout ke zkvalitnění péče?	18	100%
ano	14	78%
ne	4	22%
ano, ale (doplňte, co by dle vás bylo potřebné pro jeho kvalitní fungování)	0	0%

15. Setkal jste se s boxy od CZEPA s názvem Průvodce léčbou a rehabilitací? Využíváte je?	18	100%
ne setkal	9	50%
ano, mám je a využívám	5	28%
setkal, ale nevyžívám	3	17%
nevím	1	6%

