

Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR

Praha 2012



OBSAH:

Předmluva	
Mgr., Bc. Monika Válková	4
<i>poradkyně ministra práce a sociálních věcí</i>	
1. Úvod – Co je to koordinovaná rehabilitace?	
Doc. MUDr. Milada Emmerová, CSc.	5
<i>místopředsedkyně Výboru pro sociální politiku PS PČR, I. interní klinika FN a LF UK Plzeň</i>	
2. Koordinovaná rehabilitace v uceleném pojetí	
MUDr. Bc. Rostislav Čevela, Ph.D., MUDr. Bc. Libuše Čeledová, Ph.D.	13
<i>Odbor posudkové služby MPSV</i>	
3. Připravovaný zákon o koordinované rehabilitaci občanů s disabilitou (zdravotním postižením)	
Prof. MUDr. Olga Švestková, Ph.D., prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc.	16
<i>Klinika rehabilitačního lékařství, I. LF UK a VFN, Praha - Albertov</i>	
4. Ucelenost a koordinace v rehabilitaci osob se zdravotním postižením – konkrétní cíle a problémy	
Doc. MUDr. Jiří Votava, CSc.	18
<i>Klinika rehabilitačního lékařství I. LF UK Praha</i>	
5. a) Principy a metodika ergodiagnostiky pro potřeby zaměstnanosti v předpracovní a pracovní rehabilitaci	20
b) Model rehabilitace pro osoby s významnou disabilitou – výstup projektu inkluze po poranění mozku	
Prim. MUDr. Pavel Maršálek, Mgr. Marcela Janečková	22
<i>Rehabilitační oddělení, KZ a.s. Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem o. z. Cerebrum, Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin, Praha</i>	
6. Potřeba neurorehabilitace u pacientů s těžkým poraněním mozku	
MUDr. Luděk Navrátil, Ph.D.	24
<i>Neurochirurgické oddělení FN a LF UK Plzeň</i>	
7. Zkušenosti s tréninkem kognitivních funkcí u osob po úrazech a onemocnění mozku	
Mgr. Dana Populová	26
<i>Občanské sdružení Mozek, Plzeň</i>	

8. Sociálně-ekonomický přínos koordinované rehabilitace osob po pracovním úrazu a nemoci z povolání	
Bc. Libuše Bělohávková	.28
<i>předsedkyně Stálého výboru pro sociální a zdravotní problematiku Rady vlády pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci</i>	
9. Mechatronické rehabilitační pomůcky pro domácí použití	
Ing. Jaroslav Sobota, Ph.D., doc. Ing. Josef Formánek, Ph.D., Ing. Jan Kutlwašer	.31
<i>Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta strojní, Katedra kybernetiky, Katedra konstruování strojů</i>	
10. Koordinovaná rehabilitace z pozice sociálního pracovníka na krajské úrovni	
Mgr. Filip Zapletal	.33
<i>Vedoucí odboru sociálních věcí Krajského úřadu Plzeňského kraje</i>	
11. Vliv lázeňské léčby na kvalitu života, spotřebu léků a další biologické parametry u člověka	
Doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.	.37
<i>Nemocnice České Budějovice a.s., Zdravotně sociální fakulta Jihočeské university</i>	
12. Dlouhodobá zdravotně sociální péče jako součást KHRC	
Mgr., Bc. Monika Válková, Ing. Jaroslav Dembinný.	.38
<i>poradci ministra práce a sociálních věcí</i>	
Literatura a zdroje	.43

Předmluva

V současné době se na MPSV řeší koncept návrhu věcného záměru zákona o koordinované rehabilitaci. Původní záměr pod pojmem ucelená rehabilitace nebyl poradou vedení pana ministra Dr. Ing Drábka schválen a bylo navrženo přepracování celého záměru, který navrhoval jako hlavního koordinátora celého procesu rehabilitace Úřad práce České republiky. Nutno podotknout, že zmiňovaný úřad je v systému konečným článkem řetězce v jednotlivých fázích koordinované rehabilitace.

K problematice koordinované rehabilitace je v první řadě třeba uvést, že poslaneckou sněmovnou byly schváleny klíčové zákony v rámci Sociální reformy I (9. 9. 2011), které upravují poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a povedou ke zvýšení adresnosti a efektivnosti dávkové pomoci poskytované osobám se zdravotním handicapem, snížení nákladů na obsluhu dávkových systémů a zvýšení komfortu klienta. Dále upravuje podmínky v oblasti zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Novela také přináší jasná pravidla zřizování chráněných pracovních míst a poskytování příspěvku na zaměstnávání osob se zdravotním postižením, aby se co nejvíce podpořily pracovní příležitosti pro tuto kategorii osob. Dále byly schváleny poslaneckou sněmovnou dne 7. 9. 2011 zákony týkající se zdravotnické reformy, které budou v budoucnosti ovlivňovat poskytování zdravotní péče občanů i se zdravotním handicapem. Nově navrhovaný věcný záměr zákona o koordinované rehabilitaci tedy musí vyházet jednak z platné legislativy, ale také zároveň ze schválených právních norem

V současné době pod vedením pana náměstka Ing Kafky pracuje multioborová skupina odborníků, kteří zpracovávají systémově koordinovanou rehabilitaci, a to z různých úhlů pohledu. Odborníci se věnují jednotlivým oblastem, jako je zajištění dostupnosti, efektivity, větší provázanosti sociálního a zdravotnického systému a efektivnějšímu financování celého procesu. Nejdůležitější část návrhu je věnována plánování jednotlivých fází koordinované rehabilitace se zapojením léčebně rehabilitační, vzdělávací složky a sociálního zabezpečení klienta. Celý návrh koordinované rehabilitace vychází z Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, k naplňování jednotlivých článků této Úmluvy. Cílem právní úpravy je pomoci osobám, zajistit dostupnosti komplexní zdravotně sociální služby a vzdělávání, které by pomohly v integraci osob se zdravotním postižením na pracovní trh.

Mgr., Bc. Monika Válková
poradkyně ministra práce a sociálních věcí

I. ÚVOD

Co to je koordinovaná rehabilitace?

Milada Emmerová

Rehabilitace je mezi laiky a dokonce i mezi lékaři jiných odborností často chápána jen jako **fyzikální terapie a fyzioterapie, případně balneologie**. Její další složky, dnes již aplikované v praxi, jsou jakoby vytržené z kontextu, není o nich a jejich realizaci dostatek informací, a tak se uskutečňují celkem náhodně jen u některých indikovaných jedinců. **Komplexní rehabilitace není většinou známá v celém rozsahu, není tedy ani nabízena, zvažována, realizována a neuskutečňuje se v žádoucím časovém sledu.** Příčinou je jednak dosud **nedostatečná informovanost samotných poskytovatelů zdravotní péče, ale i nedostatečná nabídka a soustředěnost jednotlivých segmentů RHC** do podoby komplexní. V nižších zdravotnických zařízeních není naplněn ani **materiální a personální předpoklad** pro výkon této služby, **o finančním krytí ani nemluvě.** Zřejmě málokdy by hrála roli **neochota ze strany nemocného** podrobit se soustředěné péči o návrat jeho **zdraví fyzického, psychického i sociálního.** Zajištění včasné, interdisciplinární, komplexní a dostatečně dlouhé RHC, vedoucí k obnově funkcí lidského organismu, je tedy spíše výjimkou. Rehabilitace „**následná**“ je dokonce nazývána **rehabilitační turistikou, poněvadž dostupnost všech složek RHC s žádoucí provázaností** není zajištěna směrem od ústřední nemocnice v kraji do jeho periferie, a to v každém regionu ČR. Těmto významným procesům často **chybí propojenost s finálním směřováním k obnovení i pracovního potenciálu především u osob v produktivním věku.** U takových jedinců je situace řešena **invalidním důchodem**, jehož přiznání jednak nepředstavuje žádnou životní výhru, jednak je postupem doby zpříšňováno. Někdy je schopnost soustavné výtěžné činnosti posuzována neadekvátně, a to především v případech, kdy **chybí individuální přístup ze strany více-
stupňového rozhodovacího procesu.**

Bohužel, s chyběním systematické realizace rehabilitace v celé její šíři chybí i systematické **sledování výsledků tohoto komplexního pojetí RHC**, ale i výsledků snažení v **rámci různých dílčích rehabilitačních procesů.**



Záměr MPSV přijmout zákon o tzv. **koordinované rehabilitaci** je velmi perspektivní a představuje výrazný kvalitativní skok ve zdravotně-sociální péči. Pozitivní dopad lze očekávat **nejen v individuálních osudech našich nemocných**, ale i v nakládání s veřejnými financemi, většinou v kategorii zdravotních výkonů, ale i tzv. mandatorních výdajů v oblasti sociální péče.

Příkladem nám budiž politika našich západních sousedů v SRN, kteří věnují značné finanční prostředky pro **soustředěnou intenzivní finalizaci odborného vzdělávání či rekvalifikace**, což se jim bohatě vrací do několika roků zpět. **Předpokladem efektivity je však tvorba dostatečného množství pracovních míst**, aby se tito jedinci s určitou odbornou kvalifikací na pracovním trhu mohli uplatnit. Jde však nejen o otázku zdravotnickou a sociální, **ale i o otázku politickou**. Práva zdravotně postižených se ve stále větší míře stávají součástí legislativy. Existuje **Úmluva OSN o lidských právech zdravotně postižených**, na které se Evropská unie aktivně podílela. Svoji významnou roli hraje **stále efektivnější, ale i dražší zdravotní péče**, která přispívá k prodlužování střední délky života, neodstraňuje vždy však v plném rozsahu odstranitelné poruchy funkční, které negativně ovlivňují kvalitu zachráněného života anebo význam vyléčení či zlepšení choroby. S prognózou stárnutí populace a tím i s přibýváním jedinců, kteří mají **různá funkční omezení**, s predilekcí poruch pohybového systému, je nutné klást důraz na systematickou a komplexní rehabilitaci s ohledem na kvalitu života seniorů do pozdního stáří. Navíc se předpokládá, že ke klinické **manifestaci různých chorob dojde až v pozdním věku**, tak jak se zdokonaluje medicína a její výsledky, s urychleným zlepšováním a častým vyléčením různých nemocí a pourazových stavů, které seniu předcházely.

Přitom se předpokládá, že **jedinci s disabilitou budou aktivně spolupracovat na terapii svých multimorbidit a poruchách různých funkcí**, aby byli **co nejdéle autonomní i co do rozhodování o svých záležitostech**. Jde o to, aby každý jedinec zůstal nejen dlouho naživu, ale **aby jeho život neztrácel ani kvalitu sociální, aby se nestal závislým na péči svého okolí, ale aby v dané komunitě mohl působit a nadále v ní udržovat aktivní kontakty**.

Společnost se však musí větší měrou podílet na nabídce těch služeb, které úsilí seniorů, ale i všech ostatních věkových kategorií podpoří, **aby se mohli zapojit do života společnosti ve smyslu ekonomickém, sociálním a kulturním. Aby nedocházelo k naplnění výroku ze Shakespearovy tragédie Hamlet: "Smrt mu oddálíš, ale život mu neprodloužíš...."**

Do medicínské a sociální praxe se v posledním roce zavádí MKF (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví), což umožní klasifikovat, vyhodnocovat a kontrolovat funkční poruchy, a to bez ohledu na jejich organický podklad. Přitom indikovat způsoby jejich nápravy a nastínit perspektivy daného jedince, a to například ve vztahu k jeho předpokládanému pracovnímu potenciálu a k jeho uplatnění na trhu práce. **Přitom systematicky a souběžně získávat přehledné údaje o vývoji a výsledcích této péče od multioborové komise. Pomocí těchto všech údajů, získaných z určitého regionu, pak plánovat rozvoj jednotlivých segmentů rehabilitace se zajištěním jejich dostupnosti, kvality a efektivity**, tj. koordinovat rehabilitační péči u daného jedince ve smyslu její provázanosti, ale přitom neztráčet individuální přístup k jedinečnosti postiženého člověka. **Naším cílem je jeho disabilitu redukovat anebo likvidovat a tím prodlužovat kvalitu jeho dalšího života...** V neposlední řadě je nutné mít na zřeteli, že takových jedinců v souvislosti se stárnutím společnosti bude přibývat a že tedy **kapacity center pro koordinovanou rehabilitaci musí nutně přibývat...**



Definice koordinované (dříve ucelené) rehabilitace (KRHC)

Rehabilitace obecně je ucelený, vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, jehož hlavním úkolem je minimalizace negativních důsledků nepříznivého zdravotního stavu jedince (st. p. úrazu hlavy, končetin, st. p. operaci nebo závažném onemocnění), které výrazně ovlivňují jeho sociální začlenění. Cílem je optimální funkční zdatnost, zajištění soběstačnosti a vhodného pracovního uplatnění. K naplnění těchto cílů slouží u nemocných v produktivním věku (18–60 roků) komplexní a koordinovaná RHC.

Koordinovaná RHC musí splňovat následující atributy:

1. nemocný musí být ošetřujícím lékařem **dokonale informován o možnostech všech typů RHC (viz níže). Komplexní a koordinovanou RHC lze realizovat pouze s jeho souhlasem** (= informovaný souhlas).
2. **včasnost, komplexnost, návaznost, koordinovanost, dostupnost, individuální a psychologický přístup, opakované a závěrečné multidisciplinární posouzení, součinnost všech poskytovatelů**

Indikace

Pro koordinovanou rehabilitaci jsou určeny různě závažné chorobné stavy se současnou nebo následnou poruchou některé z důležitých funkcí, kde etiopatogeneze chorobného postižení, jeho prognóza a výsledky léčby spolu s dosavadními zkušenostmi s jakoukoliv rehabilitací hovoří pro její efektivní využití. Tyto chorobné stavy se rekrutují z kategorie definovaných nemocí, otrav a úrazů, které se někdy podaří dokonale vyléčit, ale často jde o úpravu částečnou, resp. o zdravotně postiženého s perspektivou další úpravy porušené funkce.

Pokud jde o dítě nebo mladého člověka, hovoříme o **habilitaci**, u lidí středního a vyššího věku hovoříme o rehabilitaci.

Klasickým chorobným stavem, na kterém je možné dobře demonstrovat prospěšnost systému koordinované rehabilitace, je stav po úrazu hlavy/mozku. Svědčí o tom zkušenosti neurochirurgů, kteří často vykonávají excelentní operaci či ošetření po úrazu, avšak chybějící neurorehabilitace jejich léčebné výsledky nepotencuje, spíše naopak. Přitom finanční náročnost akutní péče by měla být doplněna daleko méně finančně náročnou neurorehabilitací. Výsledný efekt by představoval návrat postiženého do komunity anebo i do pracovního procesu.

*Poranění mozku v současné době představují významný problém pro svou stoupající četnost, medicínskou i ekonomickou závažnost. Následky traumatického poškození mozku patří k nejčastějším příčinám invalidity. Zvláštní sociálně-ekonomický význam má zejména **těžké poranění mozku**. Přibližně 40 % všech úmrtí při dopravních nehodách je zapříčiněno těžkým traumatem mozku. Poranění mozku jsou příčinou 30 % náhlých úmrtí a ve věkové skupině do 45 let jsou nejčastější příčinou smrti. Nejvíce pacientů je postiženo ve 2. až 4. životní dekádě, muži jsou mnohem častěji postiženi než ženy. Úmrtnost pacientů s těžkým mozkovým traumatem je přes všechny pokroky v terapii nadále vysoká. V literatuře je vyčíslena nejčastěji mezi 20 % až 30 %. Další 21 % pacientů zůstává ve vegetativním stavu nebo jsou po celý zbytek života postiženi těžkým neurologickým deficitem. Úrazy mozku se v ČR vyskytují v četnosti kolem 1500 případů / 100 000 obyvatel / rok, z nichž je 360 přijato do nemocnice, 15 je léčeno na neurochirurgických pracovištích a 9 jich ročně na kraniocerebrální poranění umírá.*

V akutním stavu jsou terapeutické snahy zaměřeny na omezení sekundárního postižení mozku. Prioritou je optimalizace průtoku krve mozkem, dodávky kyslíku a kontrola metabolismu. Léčba začíná již na místě úrazu a během transportu. Po

přijetí do nemocnice je provedeno grafické vyšetření (CT mozku). Urgentně jsou operováni nemocní s významným krvácením či s pohmožděním mozku, které se chová expanzivně. Pacienti v těžkém stavu jsou léčeni na JIP či ARO, protože vyžadují umělou plicní ventilaci, podporu krevního oběhu a další intenzivní péči. K dosažení prioritních hodnot intrakraniálního tlaku a mozkového perfuzního tlaku je často nutná hluboká analgezie a sedace.

Jak klinické, tak experimentální studie různých procesů adaptace centrálního nervového systému prokázaly, že funkční regenerace a kompenzace následků poranění mozku je možná. Pro funkční zlepšení těchto těžce postižených pacientů je rozhodující zahájit rehabilitaci již během akutní fáze hospitalizace a provádět ji kontinuálně až po rodinnou, sociální a profesionální reintegraci. Výsledek neurorehabilitace je tím lepší, čím dříve a s jakou mírou intenzity a kontinuity je prováděna.

V naší republice je výborně fungující jak přednemocniční, tak nemocniční péče o pacienty s těžkým postižením mozku. Dle ojedinělých studií je u nás 80–90% nákladů za péči využito v prvních týdnech, průměrně jsou roční náklady kolem 1 miliónu Kč na jednoho pacienta. Bohužel po akutní léčebné fázi **zcela chybí** další adekvátní péče- multimodální **neurorehabilitace**. Efektivní systém fázové neurorehabilitace, který lze s minimálními úpravami aplikovat u nás, funguje řadu let v SRN. Náklady na jeho fungování tvoří jen zlomek nákladů za akutní péči. Bez neurorehabilitace, která se v akutní fázi zahajuje již na JIP, přicházejí vysoké náklady na akutní péči vně. Pacienti se proto u nás (na rozdíl od zemí s fungující neurorehabilitací) nevracejí do práce a často zůstávají odloženi bez adekvátní péče na LDN a nejsou schopni ani samostatně žít ve vlastní rodině (Navrátil).

Podobné problémy **představuje péče o nemocné s CMP**, kteří jsou účinně a nákladně léčeni na ictových jednotkách ve větších nemocnicích, ale chybějící následná neurorehabilitace, po zvládnutí akutní fáze onemocnění a překladu nemocného jinam, nepřináší předpokládané efekty, tj. dokonalý či částečný návrat narušených funkcí pohybových, dorozumívacích, kognitivních apod.

Důkazy o prospěšnosti dílčích praktik na úrovni NNO přinášejí o.s. Mozek v Plzni anebo Cerebrum o.s. z Prahy. O.s. Mozek vzniklo z podnětu klinické psycholožky z FN Plzeň, která indikuje do pokračující ambulantní komunitní péče nemocné po onemocnění CNS, po úrazu hlavy/mozku nebo v pooperační fázi neurochirurgických nemocných (PaedDr. Šestáková, Mgr. Populová). O.s. Cerebrum v Praze spolupracuje s odborníkem přes obor rehabilitace a podílí se společně i na výzkumech, jejichž výsledky přinášejí argumenty o prospěšnosti RHC anebo slouží k lepší klasifikaci porušených funkcí. **Ergodiagnostika** je využívána například pro vytipování vhodného pracovního zařazení.

Klasifikace poruch funkcí (disability)

V r. 2001 byla vydána monografie MKF, která se touto problematikou podrobně zabývá. Použití této metodiky je již od loňského roku doporučováno k využití ve zdravotnických zařízeních, a to jak **v průběhu hospitalizace**, kde probíhala případná rehabilitace **akutní (lůžkové zdravotnické zařízení, resp. nemocnice) a včasná (Rehabilitační centra v krajích)**, tak zejména **při jejím ukončení**. V propouštěcí zprávě je uvedeno ohodnocení **funkční zdatnosti propouštěného nemocného** a připojeno doporučení pro ambulantní praxi, tj. případná aplikace **rehabilitace regionální v rehabilitačních stacionářích** anebo rehabilitace **komunitní**, kde je provozována **dlouhodobá a udržovací fáze s vydatnou pomocí rodiny a přátel**.

Tyto jednotlivé **časové a místní fáze rehabilitace** představují uplatňování jednotlivých **druhů RHC**, tj. léčebné, sociální, vzdělávací a pracovní, které obsahují další podskupiny. Může jít jak o využívání celého komplexu rehabilitačních segmentů, tak i jejich různé kombinace.

Rehabilitační plán by měl být vypracován v akutní fázi s tím, že po každém dílčím zhodnocení dle MKF multioborovou komisí je plán modifikován.

Segmenty / druhy KRHC

I. Léčebná

A. hospitalizační

I. **Preventivní** – pohybová a dechová jako prevence TEN a hypoventilace plic s rizikem vzniku zánětu u všech ležících nemocných bez ohledu na typ chorobného postižení

2. léčebná v užším slova smyslu (I. až IV.fáze)

I. fáze **akutní** – během hospitalizace v nemocnici pro chorobu, otravu nebo úraz s projevy poruch určitých funkcí

II. fáze **včasná** – pokračování v akutní RHC v **krajském rehabilitačním centru s dostupností všech druhů rhc**, s volbou jejich potřeby a kombinací dle klasifikace MKF

B. ambulantní (následná, příp. dlouhodobá)

Ve III. fázi **specializovaná** (rehabilitační stacionář) – ambulantní způsob realizace určitých segmentů rhc kvalifikovanými fyzioterapeuty

Ve IV. fázi **dlouhodobá (komunitní)** je rhc provozována na úrovni domova, s pomocí poučených, případně proškolených, rodinných příslušníků nebo jiných dobrovolníků

V této fázi jsou přiznávány příspěvky na péči dle dotazníku sociálních pracovníků v případech, kde je soběstačnost nadále narušena a není perspektiva pro její další zlepšování (např. u seniora). Probíhají **hodnocení ošetřujících a posudkových lékařů** při uplynutí takřka jednoho roku po ukončení léčby a shledání **porušené schopnosti soustavné výdělečné činnosti I. až III. stupně u ZP v produktivním věku.**

Probíhá **předpracovní ergodiagnostika dle projektu RAP. Znovu se uplatňuje multioborová komise při hodnocení stavu. Je zachován koncept primárně pozitivní pracovní rekomandace** – tj. vyhledávání pracovních schopností a dovedností, sekundárně připojována omezení a limity dané diagnózou a zdravotními riziky.

Předpoklad dalšího zlepšování funkce určuje pokračování koordinované RHC.

C. lázeňská

Je indikována u některých onemocnění, po úrazech a otravách, kdy komplexní lázeňská péče, která je založena na celostním přístupu k nemocným, poskytuje **zlepšení v několika oblastech života zdravotně postiženého.** Pomáhá naplňovat moderní pojetí „zdraví“, tj. jako stav tělesné, duševní a sociální pohody (Kolaříková).

Důkazy, že lázeňská léčba splňuje tyto atributy, existují. Například údaj **o snížené spotřebě léčiv s analgetickým účinkem v průběhu několikátýdenní lázeňské léčby a při jejím ukončení, s následnou časovou periodou různé délky trvání, je velmi významný.** Jde nejen o individuální a celospolečenské ekonomické aspekty, ale především o odstranění nebezpečných interakcí při **užívání více než 5–6 druhů preparátů simultánně, denně.** Ve světových statistikách je uváděno, **že interakce více než 6 preparátů představuje příčinu smrti na 4. místě v pořadí.** Je řečeno, že více než 6 užívaných druhů preparátů **nepředstavuje už léčbu, ale spíše nebezpečnou otravu.**

II. Sociální

Zahrnuje péči **o zajištění soběstačnosti v běžném životě v domácnosti, péče o hygienu, přiměřené oblékání** podle sezónních období, podle druhu činnosti (např., sport) nebo účasti, a to buď pasivní (návštěva divadla), nebo aktivní (vlastní přednáška), v určitém pracovním procesu (servírka, lékařka apod.)

Jsou **procvičovány etické normy a opakována etiketa.** S účastí psychologa se procvičují interpersonální přístupy v hraničních životních situacích, zásady slušného chování, zásady chování u stolu, na veřejnosti apod.

RHC paliativní (většinou regionální nebo komunitní) lze řadit mezi typy sociální RHC, neboť terapie bývá omezoována na analgetickou a sedativní terapii. Je v současné době uskutečňována v hospicích, jejichž síťové uspořádání v celé ČR je rovněž žádoucí. Mělo by být počítáno i se službou **církevního představitele, právníka** (např. sepisování závěti, darování orgánů apod.), **rodinných příslušníků, přátel**, případně umožnit i aktivity kulturní apod.

III. Vzdělávací

Tento segment RHC má vést **buď k obnově původních prokázaných znalostí a dovedností anebo cíleně budovat nové dynamické stereotypy.** Dbát na získávání nových znalostí se zřetelem na budoucnost ZP, přestovat jazykovou vybavenost jak v jazyce mateřském, tak i cizím. Zaměřit se na vzdělávání v počítačové technice. Je žádoucí usilovat o profesionální neintegraci (Navrátil)

IV. Pracovní

Tento druh RHC vychází ze všech etapových hodnocení **multioborové komise** včetně standardizované metodiky ergodiagnostiky, **s permanentní účastí pracovníka Úřadu práce jako člena této komise**, který ve spolupráci s ostatními odborníky vytipovává pracovní zařazení daného jedince se zřetelem k jeho vzdělání, dosavadní praxi, charakteru, průběhu a efektů vzdělávání během KRHC. Podobně je postupováno v případech, kde zdravotně postižený byl podroben **rekvalifikaci.** Je zohledňována **pracovní rekomandace pozitivní i negativní, s případnými limity a omezeními.**

Tyto kroky jsou uskutečňovány podle dosud platných zákonů a předpisů a měly by být explicitně obsaženy v nově koncipovaném zákonu o KRHC. Existuje zákon č.198/2002 Sb., **o dobrovolnické službě, který by bylo možné v kontextu se stávajícími a novými předpisy „oprášit“ a dobrovolníky zapojit do různých druhů KRHC jako pomocníky.**

Ze společné práce prim.MUDr.Maršálka a o.s. Cerebrum v Praze:

V letech 2006–2008 byla v rámci projektu Rehabilitace – Aktivace – Práce (RAP) vytvořena metodika ergodiagnostiky pro účely zaměstnanosti s cílem posuzování pracovního potenciálu zdravotně znevýhodněných osob. Metodika projektu RAP doporučuje vedle rozvoje mezinárodní funkční klasifikace ICF i zavádět ergodiagnostiku již v předpracovní rehabilitaci jako součást rehabilitačního procesu prolínající se bezprostředně s léčebnou rehabilitací v době jejího ukončení na podkladě již nelepších se funkčních testů. Výstupem může být návrh úpravy dosavadního pracovního místa, návrh nového zaměstnání, ale také návrh zařazení do pracovní rehabilitace či návrh další léčby.

K tomu, aby byly výsledky standardní a porovnatelné jak v čase, tak v rámci ČR, je třeba mít standardizovanou metodiku ergodiagnostiky. Návrh vycházející z projektu RAP sestává ze vstupního vyšetření lékařem, vlastní ergodiagnostiky a případně kasuistické konference s jobmatchem. Vlastní ergodiagnostika pak zahrnuje sebehodnocení, hodnocení motivace a pracovních návyků, hodnocení kvalifikačního potenciálu, vlastní performační funkční testy psycho-sensorického potenciálu a posouzení rizika a omezení vyplývajícího z daného onemocnění v porovnání s výsledky performačních testů (nezávislé lékařské hodnocení).

Nosnými principy vypracované metodiky ergodiagnostiky jsou např.:

- *Personální předpoklady (lékař je jakýsi case manager s úkolem na vstupu indikace racionálního a k požadovanému cíli vedoucího rozsahu ergodiagnostiky a na výstupu s úkolem souhrnu a posouzení věrohodnosti výsledků jednotlivých testů a vyšetření s vystavením pozitivní a negativní rekomandace na základě výsledků ergodiagnostiky, základní ergodiagnostický tým pak tvoří kromě lékaře též fyzioterapeut, ergoterapeut a psycholog, v rozšířeném týmu pro některé případy pak využíváme konziliárně služeb logopeda, speciálního pedagoga, sociálního pracovníka, protetika nebo lékařů specialistů),*
- *Materiální a věcné předpoklady (vlastnictví standardizovaných testů a postupů ergodiagnostiky pokrývající možnosti testování spektra různých zdravotních postižení),*
- *Ucelená a jednotná metodika ergodiagnostického postupu (má zajistit srovnatelnost postupu v rámci celé ČR),*
- *Standardizace performačních funkčních testů (zajišťuje požadavky na bezpečnost, validitu, interpolaci na pracovní proces a pracovní dobu, právní ochranu – standardizované testy již prošly klinickými zkouškami a je prokázána jejich bezpečnost a jsou určeny jejich kontraindikace),*
- *Kineziografický přístup (primárně hodnotíme maximum výkonu na základě objektivních kritérií hodnocení výkonu a pohybu měřených a pozorovaných terapeutem – diagnostikem, naopak psychofyzický přístup, kdy si určuje maximální zátěž sám klient na základě svého hodnocení výkonu je jen doplňkový),*
- *Koncept primárně pozitivní pracovní rekomandace (primárně hledáme nikoliv omezení, ale naopak pracovní schopnosti a dovednosti dle objektivních testů, teprve sekundárně přidáváme negativní rekomandaci – omezení a limity pracovní schopnosti dané diagnosou a zdravotními riziky),*
- *Hodnocení motivace a konzistence výkonu (srovnávání zadáním různých, ale kineziologicky obdobných činností, hodnocení „kineziologické zákonitosti“, pulsová odezva, pozorování terapeutem po celou dobu během testů i mezi testy, porovnávání sebehodnocení klienta s objektivními výkony)*

Výsledkem takto standardně prováděné ergodiagnostiky je **velmi přesný odhad pracovního potenciálu popsany v závěrečné zprávě ergodiagnostiky pro potřeby zaměstnanosti a vyjádřený pracovní rekomandací a dalším hodnocením v návaznosti na platné pracovní-právní předpisy apod. (např. zařazení do tříd práce podle Nařízení vlády č. 361/2007 Sb., popis četnosti pracovních činností v interpolaci na osmi hodinovou pracovní dobu dle klasifikace REFA, doporučení individuálního plánu pracovní rehabilitace dle zákona o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. atd.).**

Ideálním završením procesu je pak v některých komplikovanějších případech závěrečná kasuistická konference partnerů pracovní rehabilitace a ergodiagnostiky a jobmatch s cílem optimálního zařazení posuzované zdravotně znevýhodněné osoby do pracovního procesu (Maršálek).

V. Volnočasová

Jde o užitečný druh či doplněk všech ostatních druhů RHC, který se zaměřuje **podle údajů v podrobné anamnéze**, na předchozí volnočasové aktivity nemocného a dle tohoto přehledu pak jsou vytipovány takové aktivity, při jisté limitaci a rizicích při zdravotním postižení, které jeho „koníčka“ dále pěstují a kultivují. **Zdravotně postiženému přinášejí další pocity seberealizace.** Jde jak o různé rukodělné činnosti, arteterapii, muzikoterapii apod. Tyto aktivity jsou již dávno pěstovány v psychiatrických léčebnách, kde doplňují účinky ostatních druhů komplexní terapie, včetně rehabilitace.

VI. Psychická

Psychologický přístup je nutné volit ve všech etapách a druzích RHB, a to ze strany jakéhokoliv pracovníka či rodinného příslušníka. Jde o vstřícnou komunikaci, povzbuzování, pochvala, pomoc při budování perspektiv apod.

Odborná péče psychologicko-pedagogická je uplatňována s výhodou tam, kde takový odborník již existuje (např. FN Plzeň). Psycholog je důležitým a pravidelným členem multioborové komise a také se **podílí na klasifikaci, kontrole a dílčím či závěrečném vyhodnocování efektů KRHC.** V případě potřeby je vykonávána i **péče logopedická, která již existuje v lůžkových zařízeních vyššího typu. V méně komplikovaných případech je vhodná indikace lázeňské terapie s ohledem na nutnost převážně psychické RHC.**

2.

Koordinovaná rehabilitace v uceleném pojetí

Rostislav Čevela, Libuše Čeledová

V roce 1951 byla z rozhodnutí ministerstva zdravotnictví (MZ) přejmenována všechna fyziatrická oddělení na oddělení rehabilitační. V roce 1991 založilo MZ pracovní skupinu „R“ (Rehabilitace) a v září téhož roku vydalo Metodický návod k provádění léčebné rehabilitace a zajištění její návaznosti na pedagogickou, sociální a pracovní rehabilitaci (metodický návod pro vznik center léčebné rehabilitace). V roce 1997 vydalo MZ příručku Činnost center rehabilitace, která shrnula odborné názory na rehabilitaci, provoz, materiálně technické a personální vybavení rehabilitačních center. V roce 1999 byla založena Sekce pro rozvoj ucelené rehabilitace Společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny České lékařské společnosti J. E. Purkyně, jejímž cílem bylo prosazování myšlenky moderního pojetí ucelené rehabilitace do širokého povědomí odborné i laické veřejnosti. V roce 2001 MZ schválilo koncepci oboru rehabilitační a fyzikální lékařství. Požadovaného cíle zavedení moderního pojetí rehabilitace však nebylo dosaženo ani po 12 letech.

Vývoj ucelené rehabilitace osob se zdravotním postižením

Usnesením vlády ČR č. 256 ze dne 14. dubna 1998 byl schválen Národního plánu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením, který ve svých opatřeních formuloval zavedení komplexního systému rehabilitace osob se zdravotním postižením. V roce 1999 byla na Ministerstvu práce a sociálních věcí (MPSV) ustavena meziresortní pracovní skupina, jejímž úkolem bylo vypracovat a navrhnout koncepci systému rehabilitace pro osoby se zdravotním postižením v České republice. Rehabilitace pro zdůraznění odlišnosti od jejích jednotlivých oblastí byla označována jako „ucelená rehabilitace“. Výsledkem činnosti této pracovní skupiny byl koncepční materiál „Ucelená rehabilitace“, který obsahoval analýzu současného stavu a stávající právní úpravy, systém financování, zakotvení rehabilitace v mezinárodních dokumentech a z nich vyplývající závazky České republiky a předkládal konkrétní návrhy na řešení dané problematiky.

Dne 4. června 2003 byly usnesením vlády ČR č. 547 přijaty „Teze ucelené rehabilitace osob se zdravotním postižením“, které byly v roce rozpracovány do „Návrhu věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením“. Návrh věcného záměru zákona byl sice vládě předložen k projednání, ale pro jeho nedostatky byl z jednání vlády 13. října 2004 stažen k celkovému přepracování. Na MPSV byla založena Mezirezortní pracovní skupina pro vypracování věcného záměru úpravy zavedení systému rehabilitace osob se zdravotním postižením.

Dne 17. srpna 2005 byl usnesením vlády ČR č. 1004 schválen Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006 – 2009, který i nadále obsahoval úkoly týkající se zavedení a podpory komplexního systému rehabilitace osob se zdravotním postižením, které však nebyly naplněny.

Usnesením vlády ČR ze dne 29. března 2010 č. 253 byl přijat Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014, který rovněž obsahuje opatření v oblasti rehabilitace osob se zdravotním postižením tak, že je třeba rozvíjet její jednotlivé složky, tj. léčebnou, sociální, vzdělávání a pracovní a vytvářet legislativní i věcné podmínky pro jejich lepší součinnost a koordinaci navzájem. Gestorem je opět určeno MPSV a spoluprací Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo školství. Na MPSV byla proto zřízena pracovní skupina pro vypracování věcného záměru zákona o koordinaci rehabilitace osob se zdravotním postižením.

Pojetí ucelené rehabilitace

Dle WHO (2006) je rehabilitace soubor opatření, směřujících k co nejrychlejší resocializaci jedince s postižením zdravotní nemocí, úrazem, vrozenou vadou. Resocializací je návrat do aktivního společenského života, do zaměstnání. Poskytování rehabilitace ve všech jejích oblastech se proto musí řídit jednotnými základními principy, kterými jsou: včasnost; komplexnost, návaznost a koordinovanost; dostupnost, individuální přístup, multidisciplinární posouzení a součinnost. Pfeiffer, Votava, Jesenský a Novosad považují rehabilitaci za kombinované a koordinované využití léčebných, sociálních, psychologických, výchovně vzdělávacích i technických prostředků a postupů k výcviku jedince za účelem znovuzískání a upevnění nejvyšší možné výkonnosti, funkční schopnosti a soběstačnosti v postižením či nemocí dotčených oblastí života i ke stabilizaci zdravotního stavu jedince. Základním kamenem rehabilitačního procesu je léčebná rehabilitace a její neúspěšnost.

Od roku 1999, kdy byla na MPSV zřízena první mezirezortní komise, která měla za úkol vypracovat systém ucelené rehabilitace pro osoby se zdravotním postižením se zdařilo vypracovat teze ucelené rehabilitace pro osoby se zdravotním postižením a věcný záměr zákona, který byl opakovaně vrácen k celkovému přepracování. Důvody, proč se zatím nedaří práci na návrhu věcného záměru zákona dokončit, vidíme dva.

Prvním je nastavení začátku rehabilitačního procesu do sociální oblasti pod Ministerstvo práce a sociálních věcí, tedy v systematickosti rehabilitačních procesů. Sociální rehabilitace se nalézá až na samém vrcholu pomyslné pyramidy koordinované rehabilitace. Ve zdravotnictví proces rehabilitace začíná léčebnou rehabilitací, tedy v resortu ministerstva zdravotnictví. Proto považujeme za stěžejní, aby ministerstvo zdravotnictví, tak jako v roce 1991, kdy vydalo metodický návod k provádění léčebné rehabilitace a zajištění její návaznosti na pedagogickou, sociální a pracovní rehabilitaci se stalo i v roce 2011 odpovědným gestorem vzniku systému koordinované rehabilitace v ČR, center koordinované rehabilitace a to i s cílem uzákonění koordinovaného rehabilitačního systému. Odborníci z rehabilitačního lékařství již delší dobu volají nejen po vzniku zákona o ucelené rehabilitaci, ale i po vzniku specializovaných rehabilitačních center, jenže nikoliv ve svém zdravotnickém resortu. Rehabilitační centra by však měla opět pracovat ve vazbě na zdravotnická zařízení, jako je tomu v případě spinálních jednotek, či cerebrovaskulárních

center. Lze zvažovat i rozřazení rehabilitačních center do jednotlivých úrovní dle vybavenosti jako je tomu v případě cerebrovaskulárních center. Provázaností na zdravotnická zařízení bude zajištěna nejen odpovídající rehabilitační péče pro pacienty všech oddělení, ale i koordinovanost následných složek do jednoho nejlépe přístupného a nejnázne dohledatelného místa i pro klienty přicházející z jiných zdravotnických event. či sociálních zařízení.

Za druhý důvod dosavadního nezdaru zavést ucelenou rehabilitaci pro osoby se zdravotním postižením považujeme její zaměření pouze na jednu skupinu příjemců rehabilitačních služeb. Každá osoba po úraze, nemoci či ve starším věku potřebuje rehabilitační služby v celé jejich komprehensivnosti, ucelenosti, koordinovanosti. Řešení pro poskytování rehabilitace osobám se zdravotním postižením, které hledal rezort ministerstva práce a sociálních věcí, nemohlo být nalezeno právě z důvodu omezení v podstatě na jednu cílovou skupinu. Rehabilitace zdravotně postižených občanů musí být součástí uceleného rehabilitačního systému, ale nikoliv základem systému koordinované rehabilitace. Rezort ministerstva zdravotnictví zastřešuje poskytování rehabilitační péče pro všechny potenciální příjemce rehabilitačních služeb obdobně jako garantuje síť spinální jednotek nebo cerebrovaskulárních center. Proto úsilí o zavedení systému koordinované rehabilitace musí být zahájeno i v této problematice právě na ministerstvu zdravotnictví.

Koordinovaná rehabilitace

Chápeme rehabilitaci jako koordinovaný proces složený z rehabilitace léčebné, psychologické, rodinné, volnočasové, ale také sociální, výchovné, pracovní, a nově úrazové. Léčebnou složku považujeme za směrodatnou pro úspěšnost další navazujících procesů, tedy i rehabilitace sociální či pracovní a dalších. Přípravovaný věcný záměr zákona o koordinované rehabilitaci by měl být v souladu s koncepcí oboru Rehabilitační a fyzikální lékařství, stejně tak jako prostředky léčebné rehabilitace, síť lůžek včasné rehabilitace a síť rehabilitačních center.

Od roku 1999 usiluje Sekce pro rozvoj ucelené rehabilitace Společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny České lékařské společnosti o přijetí myšlenky moderního pojetí ucelené rehabilitace odbornou i laickou veřejností. Od roku 1999 MPSV pracuje na koncepci ucelené rehabilitace pro osoby se zdravotním postižením. Ani jedna z těchto snah nedoznala očekávaných výsledků tedy schválení tolik potřebného zákona o rehabilitaci, a to včetně ustanovení rehabilitačních center a sítě rehabilitačních lůžek Ministerstvo práce a sociálních věcí takřka dvě desetiletí řeší rehabilitaci osob se zdravotním postižením a odborná obec z rehabilitačního lékařství nezajistila legislativní podporu ministerstva zdravotnictví. Základem rehabilitačního procesu je léčebná rehabilitace a proto bez garance, resp. vůdčí role Ministerstva zdravotnictví se nemůže zavedení koordinované rehabilitace uskutečnit. Ministerstvo zdravotnictví jako orgán odpovědný za poskytování léčebné péče by mělo určovat směr poskytování péče rehabilitační pro všechny občany. Ministerstvo práce a sociálních věcí teprve poté může přistoupit k naplňování článků Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením o ustavení zákonného systému koordinovaných rehabilitačních služeb pro zdravotně postižené občany, ke kterému se opakovaně vláda naší země zavázala.

3.

Připravovaný zákon o koordinované rehabilitaci u občanů s disabilitou (zdravotním postižením)

Olga Švestková, Jan Pfeiffer

Otázky definice disability a vyjádření jejího stupně nejsou pouze odbornými, ale i politickými otázkami. Patří k těm, které se na evropské politické scéně objevují stále znovu a stále naléhavěji. Disability se týká všech občanů bez rozdílu. Kdokoli z nás se může sám stát osobou s disabilitou, ať už v důsledku nehody či nemoci, nebo se může stát tím, kdo postiženému členovi rodiny či jiné blízké osobě pomáhá. Práva zdravotně postižených se ve stále větší míře stávají součástí legislativy. Dokládá to nejen legislativa evropská, zejména směrnice č. 78/2000 Sb., která se týká ochrany před diskriminací ve všech činnostech souvisejících se zaměstnáním, ale také nová úmluva OSN o lidských právech osob s disabilitou, kterou Česká republika ratifikovala.

Velmi významnou se otázka disability stává v souvislosti s tím, že se dožíváme stále vyššího věku, což s sebou přináší i rostoucí výskyt zdravotních obtíží ve stáří. Očekává se, že po roce 2020 bude třetina obyvatel Evropy starší 60 let.

V oblasti *lidských práv* se postupně stává součástí obecného povědomí, že nejde zdaleka jen o občanská či politická práva „standardních“, „typických“ občanů, ale i o specifickou ochranu práv různých odlišných menšin, někdy i znevýhodněných skupin obyvatelstva. Z mezinárodního práva do národního a odtud do obecného povědomí se postupně dostává fakt, že základní práva, počínaje právem na život, na lidskou důstojnost, náleží skutečně všem, bez ohledu na rozdíly národnostní či etnické, na rozdíly pohlaví, sexuální orientace nebo zdravotního stavu. Dokonce (a to je mnohdy nejtěžší prosadit!) i bez ohledu na rozdíly v právním postavení a kognitivním statutu, tedy i osobám mentálně postiženým, trpícím duševní chorobou či nezpůsobilým k samostatným právním úkonům. Prosazuje se povědomí, že lidská důstojnost jedince není žádným způsobem podmíněna jeho materiální či jinou produktivností nebo užitečností, že na lidskou bytost nelze za žádných podmínek nahlížet úzce technokratickým způsobem.

Pokud jde o disabilitu jako takovou, odehrává se posun od *medicínského a sociálního modelu k biopsychosociálnímu modelu*. Nevnímáme občana s disabilitou jako izolovaného jedince s tou či onou diagnózou, ale jako někoho, jehož postižení je dáno dynamickou interakcí mezi ním a prostředím, v němž žije.

Cílem rehabilitace, tedy politiky ve prospěch občanů s disabilitou, je sekundární prevence, tedy *obnova funkčních schopností osob* po onemocnění, úrazech nebo s vrozenými vadami, a terciární prevence, která usiluje o *zmírnění dlouhodobých nebo trvalých následků onemocnění, úrazů nebo vrozených vad, a o důstojný život občanů s velmi těžkým postižením*. Cílem této politiky je zaručit optimální a aktivní účast občanů s disabilitou na životě společnosti a pomoci jim vést pokud možno samostatný život s ohledem na jejich vlastní přání a možnosti. Na rehabilitaci ve zdravotnictví musí navazovat rehabilitace sociální, pedagogicko-výchovná a pracovní a proto je **nezbytné přijetí zákona o koordinované rehabilitaci**. Česká republika přijala **Úmluvu OSN o občanech s disabilitou**, která v článku 26 pojednává o **Habilitaci a rehabilitaci, takže nově připravovaný zákon by měl vyjít ze dvou základních premis – úmluvy a Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)**. Měl by obsahovat práva a povinnosti zařízení, které budou části koordinované rehabilitace poskytovat a osob, které budou do systému vstupovat. Dále vazby mezi jednotlivými prostředky rehabilitace a vzájemné kompetence.

Rehabilitace ve zdravotnictví je soubor včasných diagnostických a terapeutických opatření směřujících k optimální funkční zdatnosti občanů, ať už cestou odstranění či substituce, případně snížení či zpomalení progresu postižení způsobeného onemocněním, úrazem nebo vrozenou vadou. Koncepte MKF uvádí tzv. „disabling situations“, to znamená, že občan může využívat své „**funkční zdraví**“, jestliže má vyřešené disabilní situace a ve společnosti fungují v jeho případě facilitátory. Dvě osoby se stejnou nemocí mohou mít různé funkční schopnosti a dvě osoby se stejným stupněm funkčních schopností nemusí mít stejné onemocnění. MKF je použitelná pro široké spektrum různých aplikací, např. statistiky, sociálního zabezpečení, vyhodnocování a organizace zdravotnictví, populačních přehledů na místní, národní a mezinárodní úrovni. Nabízí koncepční rámec pro informace, které lze aplikovat na zdravotnictví, včetně prevence, na zlepšování zdraví a navýšování participace odstraňováním nebo zmírňováním společenských překážek, tedy facilitačních faktorů prostředí(15).

Členské státy EU přijaly tuto klasifikaci jako základní filozofii a politiku rehabilitace osob s disabilitou a aplikují ji do systému zdravotnictví, sociálního zabezpečení, statistiky, zdravotního i sociálního pojištění, školství, zaměstnanosti, a do některých systémů legislativy. Evropská komise doporučuje, aby se z Mezinárodní klasifikace funkčních schopností a zdraví stal operativní a smysluplný nástroj, použitelný pro politické rozhodování. Velký filosofický posun je v tom, že Mezinárodní klasifikace neklasifikuje osoby, ale popisuje a klasifikuje situaci každého člověka v řadě okolností vztahujících se ke zdraví. Zjednodušeně řečeno, každý občan má určitý zdravotní stav, který ho konfrontuje s různými situacemi a díky němuž se dostává do různých znevýhodňujících situací. Tedy nevytváří kategorie „méněcenných“ osob označených nevalorizujícím názvem. Lidská společnost se skládá z několika miliard osob, které mají nejrůznější zdravotní stav, a protože žijeme v kolektivu lidské společnosti, jsou zdravotní stavy (health condition) různě využívané a technicky nebo organizačně řešené.

Nezbytným řešením k určení funkčního potenciálu člověka s disabilitou je přijetí zákona o rehabilitaci. Důležitá je také kontrola finančních prostředků pro sociální služby i zaměstnanost osob s disabilitou, což se již nyní začíná aplikovat. Teze zákona o rehabilitaci byly připraveny mezirezortní pracovní skupinou pod gescí Ministerstva práce a sociálních věcí. Je potřeba připravit politicky průchodné znění věcného záměru zákona o rehabilitaci a jeho paragrafové znění. Teze zákona o rehabilitaci byly připraveny v duchu filozofie a koncepte ICF a Úmluvy o OSN o občanech s disabilitou. V České republice je Mezinárodní klasifikace ICF v plném znění přeložena a byla v roce 2008 vydána v nakladatelství Grada Publishing a.s. a Český statistický úřad v metodickém pokynu doporučil tuto klasifikaci používat od 1. 7. 2010

4.

Ucelenost a koordinace v rehabilitaci osob se zdravotním postižením – konkrétní cíle a problémy

Jiří Votava

Autor vychází jednak z tradice Kliniky rehabilitačního lékařství, která se problematikou osob se zdravotním postižením (OZP) během posledních 30 let hlouběji zabývá. Současně objasňuje postoje Společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny (SRFM), která reprezentuje léčebnou rehabilitaci, i když nikoliv jen u osob s trvalým postižením. SRFM je členem Evropské sekce rehabilitační medicíny (PR M), takže lze srovnávat se situací v dalších zemích EU, včetně užívané terminologie.

Co se týče ostatních složek rehabilitace a jejich vzájemné propojenosti, je možno čerpat zahraniční zkušenosti ze spolupráce s organizací Rehabilitation International (RI), v níž je členskou organizací Národní rada osob se zdravotním postižením (NRZP). RI má odborné sekce, které se zabývají léčebnou, sociální, pracovní a pedagogickou rehabilitací. Zde jsem se také poprvé setkal s anglickým pojmem „comprehensive“, což bylo pak počestěno jako „komprehenzivní“ rehabilitace, anebo přeloženo jako „ucelená“ (též celostní, celková). Tedy jednotlivé složky by měly být nejen koordinovány, ale přímo vytvářet jeden celek. Pro pochopení podstaty rehabilitace i užívání vhodné terminologie jsou pak zásadní i mezinárodně přijaté dokumenty, tedy Mezinárodní úmluva o právech OZP z r. 2006 či směrnice pro rehabilitaci v místě bydliště (vydala SZO 2010).

RI je příkladem organizace, na jejíž činnosti se aktivně podílejí jak odborníci ze všech oblastí rehabilitace, tak i sami zdravotně postižení. Tento přístup se osvědčil i u nás. V rámci spolupráce s NRZP i dalšími organizacemi je třeba chápat OZP a jejich reprezentanty jako důležitého partnera. S návrhem Zákona o koordinaci rehabilitace se seznámil výbor SRFM a několik členů k němu vypracovalo připomínky. Jsme si vědomi toho, že se tento dokument připravuje již řadu let a nikdo neodhadne datum jeho definitivního schválení. Zkušenost se Zákonem o sociálních službách však vyvolává obavu, aby nebyl nakonec schválen uspěchaně bez přihlédnutí ke všem připomínkám. I v tex-

tu by mělo být vyjádřeno, že medicínskou rehabilitaci reprezentuje celý rehabilitační tým. V něm významnou roli hrají ergoterapeuti, jejichž počet i význam se v posledních dvou desetiletích podstatně zvýšil. Právě oni především zajišťují návaznost léčebné rehabilitace s ostatními složkami. Mohou být zaměstnání i mimo zdravotnictví. Přesto však právě ve zdravotnictví provádějí ergoterapeuti nácvik soběstačnosti (denních činností) a zdravotní pojišťovny tyto výkony hradí. Nelze proto řadit tuto část rehabilitace jednoznačně do oblasti sociální.

Významnou součástí rehabilitace je pomáhající technika (assistive technology), tedy výběr a předpis vhodných kompenzačních pomůcek a tvorba celého bezbariérového prostředí pro OZP. Pomůcky předepisují lékaři, nácvik používání provádějí ergoterapeuti a fyzioterapeuti. Sociální rehabilitace by měla zajišťovat předpoklady pro aktivní život OZP ve společnosti, dle potřeby i nacvičovat OZP v těchto dovednostech. Krom sociálních pracovníků místních úřadů se na této oblasti podílejí i občanská sdružení OZP. Bylo by třeba důkladně rozebrat např. zásady pro přidělování bezbariérových bytů či zajišťování individuální a hromadné dopravy, což k této složce rehabilitace jistě patří. Bylo by třeba analyzovat dostupnost služeb, především osobní asistence.

V zákoně by měl být zdůrazněn rozdíl mezi trvalou péčí a rehabilitací. Také to, že konkrétní osoba využívá jen některé ze čtyř hlavních složek rehabilitace. Nejčastěji se vyskytuje zdravotní postižení u seniorů, kteří využívají především léčebnou a sociální rehabilitaci. Pracovní rehabilitace se týká jen menší části OZP. U nás neexistuje samostatné vzdělání „poradce pro volbu povolání pro OZP“ jako v zahraničí. Proto kvalifikace pracovníků Úřadu práce v tomto směru není mnohdy dostatečná. Práce pro OZP je navíc často vnímána jen jako nekvalifikovaná, málo placená. I výsledky agentur pro podporované zaměstnání nejsou příliš uspokojivé, jistě i v souvislosti s nynější ekonomickou situací. Proto považuji za nešťastné, aby koordinátorem rehabilitace všech osob od dětského po seniorský věk byly Úřady práce. Vhodnější řešení by bylo na úrovni místní samosprávy.

5. a)

Principy a metodika ergodiagnostiky pro potřeby zaměstnanosti v předpracovní a pracovní rehabilitaci

Pavel Maršálek

V současné praxi se setkáváme s nedostatečným využíváním funkčního testování pacientů. Již v probíhající fázi rehabilitace ve zdravotnictví není vyžadováno standardně a systematicky používání objektivních funkčních testů pro hodnocení výsledků rehabilitace. Následně pak i posuzování změny pracovní schopnosti probíhá většinou izolovaně nebo s odstupem po ukončení léčebné rehabilitace, chybí mu provázanost s pracovní rehabilitací. Pacient – klient s významnější disability se tak dostává do pasivního systému sociálního zabezpečení a delší prodleva vede ke ztrátě pracovních návyků a motivace a k fixaci sociálního stavu s narůstající obavou ze zhoršení zdravotního stavu prací.

V letech 2006–2008 byla v rámci projektu Rehabilitace – Aktivace – Práce (RAP) vytvořena metodika ergodiagnostiky pro účely zaměstnanosti s cílem posuzování pracovního potenciálu zdravotně znevýhodněných osob. Metodika projektu RAP doporučuje vedle rozvoje mezinárodní funkční klasifikace ICF i zavádět ergodiagnostiku již v předpracovní rehabilitaci jako součást rehabilitačního procesu prolínající se bezprostředně s léčebnou rehabilitací v době jejího ukončení na podkladě již nelepších se funkčních testů. Výstupem může být návrh úpravy dosavadního pracovního místa, návrh nového zaměstnání, ale také návrh zařazení do pracovní rehabilitace či návrh další léčby.

K tomu, aby byly výsledky standardní a porovnatelné jak v čase, tak v rámci ČR je třeba mít standardizovanou metodiku ergodiagnostiky. Návrh vycházející z projektu RAP sestává ze vstupního vyšetření lékařem, vlastní ergodiagnostiky a případně kasuistické konference s jobmatchem. Vlastní ergodiagnostika pak zahrnuje sebehodnocení, hodnocení motivace a pracovní návyků, hodnocení kvalifikačního potenciálu, vlastní performační funkční testy psycho-sensorického potenciálu a posouzení rizika a omezení vyplývajícího z daného onemocnění v porovnání s výsledky performačních testů (nezávislé lékařské hodnocení).

Nosnými principy vypracované metodiky ergodiagnostiky jsou např.:

- Personální předpoklady (lékař je jakýsi case manager s úkolem na vstupu indikace racionálního a k požadovanému cíli vedoucího rozsahu ergodiagnostiky a na výstupu s úkolem souhrnu a posouzení věrohodnosti výsledků jednotlivých testů a vyšetření s vystavením pozitivní a negativní rekomandace na základě výsledků ergodiagnostiky, základní ergodiagnostický tým pak tvoří kromě lékaře též fyzioterapeut, ergoterapeut a psycholog, v rozšířeném týmu pro některé případy pak využíváme konziliárně služeb logopeda, speciálního pedagoga, sociálního pracovníka, protetiky nebo lékařů specialistů),
- Materiální a věcné předpoklady (vlastnictví standardizovaných testů a postupů ergodiagnostiky pokrývajících možnosti testování spektra různých zdravotních postižení),
- Ucelená a jednotná metodika ergodiagnostického postupu (má zajistit srovnatelnost postupu v rámci celé ČR),
- Standardizace performačních funkčních testů (zajišťuje požadavky na bezpečnost, validitu, interpolaci na pracovní proces a pracovní dobu, právní ochranu – standardizované testy již prošly klinickými zkouškami a je prokázána jejich bezpečnost a jsou určeny jejich kontraindikace),
- Kineziofyzický přístup (primárně hodnotíme maximum výkonu na základě objektivních kritérií hodnocení výkonu a pohybu měřených a pozorovaných terapeutem – diagnostikem, naopak psychofyzický přístup, kdy si určuje maximální zátěž sám klient na základě svého hodnocení výkonu je jen doplňkový),
- Koncept primárně pozitivní pracovní rekomandace (primárně hledáme nikoliv omezení, ale naopak pracovní schopnosti a dovednosti dle objektivních testů, teprve sekundárně přidáváme negativní rekomandaci – omezení a limity pracovní schopnosti dané diagnosou a zdravotními riziky),
- Hodnocení motivace a konzistence výkonu (srovnávání zadáním různých, ale kineziologicky obdobných činností, hodnocení „kineziologické zákonitosti“, pulsová odezva, pozorování terapeutem po celou dobu během testů i mezi testy, porovnávání sebehodnocení klienta s objektivními výkony)

Výsledkem takto standardně prováděné ergodiagnostiky je velmi přesný odhad pracovního potenciálu popsany v závěrečné zprávě ergodiagnostiky pro potřeby zaměstnanosti a vyjádřený pracovní rekomandací a dalším hodnocením v návaznosti na platné pracovní-právní předpisy apod. (např. zařazení do tříd práce podle Nařízení vlády č. 361/2007 Sb., popis četnosti pracovních činností v interpolaci na osmi hodinovou pracovní dobu dle klasifikace REFA, doporučení individuálního plánu pracovní rehabilitace dle zákona o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. atd.). Ideálním završením procesu je pak v některých komplikovanějších případech závěrečná kasuistická konference partnerů pracovní rehabilitace a ergodiagnostiky a jobmatch s cílem optimálního zařazení posuzované zdravotně znevýhodněné osoby do pracovního procesu.

5. b)

Model rehabilitace pro osoby s významnou disabilitou – výstup projektu inkluze po poranění mozku

Pavel Maršálek, Marcela Janečková

Rehabilitace je mezi laiky a dokonce i mezi lékaři jiných odborností často stále chápána jen jako synonymum propojení myoskeletální medicíny, fyzikální terapie a fyzioterapie, případně balneologie. V České republice tak není povětšinou obsah rehabilitace v uceleném a komplexním rozsahu dostatečně naplňován. V akutní fázi ve zdravotnictví aktuálně nastavený systém financování DRG i limitace četnosti výkonů, ale i nastavení personálních a materiálních standardů neumožňuje na rehabilitačních odděleních v nemocnicích dostatečné zajištění přístupu k velmi včasné, interdisciplinární, komplexní a především dostatečně dlouhodobé rehabilitaci po dobu objektivního zlepšování funkčního stavu pacienta. Nastavený systém „následné“ rehabilitace je pak jakousi rehabilitační turistikou s regionálně velmi rozdílnou a časově nedostatečně včasnou dostupností, navíc je odtažitý od komunity a od rodiny, trpí rovněž nedostatečně dlouhodobou kontinuitou a často i nedostatečnou komplexností rehabilitace z hlediska např. potřeb pacientů po poškození mozku, nepřináší propojenost zdravotnické části rehabilitace a dalších složek, jako je např. pracovní, pedagogická a sociální rehabilitace, chybí mu finální návaznost a směřování rehabilitace ke konkrétní komunitní a sociální situaci a potřebě.

V červnu 2011 byl ukončen projekt občanského sdružení CEREBRUM, sdružujícího osoby po poranění mozku a jejich rodiny, s názvem Inkluze po poranění mozku. Z diskuzí projektu a na základě analýzy domácích podmínek a některých zahraničních modelů vznikl návrh **čtyřfázového modelu rehabilitace:**

- I. Fáze rehabilitace akutní – fáze rehabilitace na lůžkách příslušné nemocnice akutní péče
- II. Fáze rehabilitace včasné – fáze rehabilitace v Rehabilitačních centrech v krajích (v podstatě koncept neurorehabilitačních pracovišť rozšířený o další diagnosy přinášející těžší disabilitu)
- III. Fáze rehabilitace regionální – fáze rehabilitace v Rehabilitačních stacionářích v regionech
- IV. Fáze rehabilitace komunitní – fáze dlouhodobé a udržovací rehabilitace v komunitě

Navrhovaný model rehabilitace pro pacienty s významnou disabilitou je založen na respektování základních předpokladů úspěšné rehabilitace, jak nám je ukazují zahraniční modely: jsou to včasnost s dostupností již od akutní intenzivní péče, dostatečně vysoké personální standardy s komplexním interdisciplinárně spolupracujícím týmem, propojení rehabilitace ve zdravotnictví s rehabilitací pracovní, pedagogickou a sociální atd. a konečně základní princip co největšího přiblížení celého procesu rehabilitace komunitě, ve které pacient žije. Navrhovaný model předpokládá také změnu celkové filosofie přístupu k pacientovi s těžkou disabilitou od převážně pasivní následné péče a sociálních dávek k aktivizačnímu přístupu rehabilitace. To s sebou nutně přináší nutnost změny ve smyslu oddělení financování akutní péče a rehabilitace (vyčlenění rehabilitace z aktuálně pro ni nevhodného DRG systému) a obecně ve smyslu toku prostředků směrem k zajištění intenzivního komplexu časně rehabilitace v závislosti na standardně a pravidelně prováděném hodnocení funkční tíže postižení – disability (navrhujeme využití FIM a ICF) s nutností kalkulace zvýšených personálních nákladů u těžkých disabilit, kdy právě personální náklady dle zahraničních zkušeností tvoří až 80% nákladů na rehabilitaci. Jak ukazují zahraniční skutečnosti cost-benefit se však nakonec obrací ve prospěch časně a dostatečně dlouhodobé intenzivní interdisciplinární rehabilitace se začleněním zpět do komunity a event. do pracovního procesu, a to úsporou v následných výdajích sociální sféry, které mají často charakter dlouhodobých mandatorních výdajů. I to je jeden z důvodů, proč je vhodné uvažovat o propojení, ne-li lépe spojení zdravotního a sociálního pojištění a proč je zřejmé, že financování takové rehabilitace nemůže být realizováno jen ze současného stavu zdravotního pojištění, ale musí být vícezdrojové. Ačkoliv vytvořený model rehabilitace se dotýká změny v organizaci ve zdravotnické části rehabilitace, byl tvořen s ohledem na diskutovanou provázanost s dalšími částmi rehabilitace a komunitní péče. Nelze ho vnímat jako konečný návrh, ale jako materiál k diskuzi nad změnou filosofie změny organizace rehabilitace v duchu moderních zahraničních trendů včasnosti, komplexnosti a přiblížení ke komunitě.

6.

Potřeba neurorehabilitace u pacientů s těžkým poraněním mozku

Luděk Navrátil

Poranění mozku v současné době představují významný problém pro svou stoupající četnost, medicínskou i ekonomickou závažnost. Následky traumatického poškození mozku patří k nejčastějším příčinám invalidity. Zvláštní sociálně-ekonomický význam má zejména **těžké poranění mozku**. Přibližně 40 % všech úmrtí při dopravních nehodách je zapříčiněno těžkým traumatem mozku. Poranění mozku jsou příčinou 30 % náhlých úmrtí a ve věkové skupině do 45 let jsou nejčastější příčinou smrti. Nejvíce pacientů je postiženo ve 2. až 4. životní dekádě, muži jsou mnohem častěji postiženi než ženy. Úmrtnost pacientů s těžkým mozkovým traumatem je přes všechny pokroky jak v terapii nadále vysoká. V literatuře je vyčíslena nejčastěji mezi 20 % až 30 %. Dalších 21 % pacientů zůstává ve vegetativním stavu nebo jsou po celý zbytek života postiženi těžkým neurologickým deficitem. Úrazy mozku se v ČR vyskytují v četnosti kolem 1500 případů / 100 000 obyvatel / rok, z nichž je 360 přijato do nemocnice, 15 je léčeno na neurochirurgických pracovištích a 9 jich ročně na kraniocerebrální poranění umírá.

V akutním stavu jsou terapeutické snahy zaměřeny na omezení sekundárního postižení mozku. Prioritou je optimalizace průtoku krve mozkem, dodávky kyslíku a kontrola metabolismu. Léčba začíná již na místě úrazu a během transportu. Po přijetí do nemocnice je provedeno grafické vyšetření (CT mozku). Urgentně jsou opeřováni nemocní s významným krvácením či s pohmožděním mozku, které se chová expanzivně. Pacienti v těžkém stavu jsou léčeni na JIP či ARO, protože vyžadují umělou plicní ventilaci, podporu krevního oběhu a další intenzivní péči. K dosažení prioritních hodnot intrakraniálního tlaku a mozkového perfuzního tlaku je často nutná hluboká analgezie a sedace.

Jak klinické tak experimentální studie různých procesů adaptace centrálního nervového systému prokázaly, že funkční regenerace a kompenzace následků poranění mozku je možná. Pro funkční zlepšení těchto těžce postižených pacientů je rozhodující zahájit rehabilitaci již během akutní fáze hospitalizace a provádět ji kontinuálně až

po rodinnou, sociální a profesionální reintegraci. Výsledek neurorehabilitace je tím lepší, čím dříve a s jakou mírou intenzity a kontinuity je prováděna.

V naší republice je výborně fungující jak přednemocniční tak nemocniční péče o pacienty s těžkým postižením mozku. Dle ojedinělých studií je u nás 80–90% nákladů za péči využito v prvních týdnech, průměrně jsou roční náklady kolem 1 miliónu Kč na jednoho pacienta. Bohužel po akutní léčebné fázi **zcela chybí** další adekvátní péče-multimodální **neurorehabilitace**. Efektivní systém fázové neurorehabilitace, který lze s minimálními úpravami aplikovat u nás, funguje řadu let v SRN. Náklady na jeho fungování tvoří jen zlomek nákladů za akutní péči. Bez neurorehabilitace, která se v akutní fázi zahajuje již na JIP, přicházejí vysoké náklady na akutní péči vniveč. Pacienti se proto u nás (na rozdíl od zemí s fungující neurorehabilitací) nevracejí do práce a často zůstávají odloženi bez adekvátní péče na LDN a nejsou schopni ani samostatně žít ve vlastní rodině.

Na příkladu 16leté pacientky s difúzním poraněním mozku, chceme ukázat, co potřebuje pacient, který se probírá z komatu a jak péči v podmínkách neurochirurgického oddělení v Plzni suplujeme. Začínáme co nejčastějším weaningem- tj. postupným odpojení od ventilátoru. Následuje bazální stimulace zaměřená na všechny smysly (zvuková, taktilní, čichová) a logopedická péče zaměřená na navození spontánního polykání a navození funkce mluvidel. Nedílnou součástí je pasivní a následně aktivní fyzikální rehabilitace s využitím posturálních stereotypů a zahájení kognitivní rehabilitace.

7.

Zkušenosti s tréninkem kognitivních funkcí u osob po úrazech a onemocnění mozku

Dana Populová

Občanské sdružení Mozek vzniklo v roce 2006 jako poptávka klinické psychologičky FN Plzeň po speciálně pedagogické a pedagogicko psychologické péči o pacienty po úrazech a onemocnění mozku. Nákladná medicínská péče, která zachovává život těmto pacientům, zatím nemá návaznost v komplexu podpůrných služeb potřebných pro zlepšení kvality života a návrat těchto pacientů do společnosti. Sestavili jsme soubor speciálně pedagogických a psychologických technik, které tvoří obsah skupinového výcviku. Pracujeme v týmu speciální pedagog, psycholog a sociální pracovnice. Klienti docházejí 1x týdně po dobu 3 měsíců na naše pracoviště. Ve skupině jsou zacvičováni, doma trénují individuálně. Dosud jsme realizovali 9 skupinových cyklů. Pomoc jsme poskytli 105 klientům.

Motivační rozhovory a psychodiagnostika: Klienti si přejí ventilovat svoje obtíže. Před zařazením do skupinové terapie vedeme s každým opakovaně individuální rozhovory, získáváme anamnézu. Vedle nedostatků v sebeobsluze a samostatnosti při zvládnání běžného života prožívá řada klientů ztrátu školních dovedností – musí se znovu učit číst a psát. Výrazně jsou zastoupeny obtíže v řečových dovednostech a sociální komunikaci, paměti, koncentraci pozornosti. Vedle subjektivně prožívaných a objektivně měřitelných hendikepů kognitivních funkcí se velmi často vyskytují změny emocí a vůle, narušeno je sebevědomí. Ztížen a často znemožněn je návrat do původního sociálně pracovního zařazení. Velmi důležitou součástí rehabilitačního procesu je hledání nových sociálně pracovních perspektiv klientů. Klienti mají sklon upínat se k jistotě invalidního důchodu i tam, kde to není zcela nutné. V procesu návratu však potřebují rozsáhlou pomoc.

Výcvikový kurz: Klienti docházejí 1x týdně na 3 hodiny ke skupinovému výcviku kognitivních funkcí. Každý klient má sestaven individuální plán výcviku. Při výcviku potřebují klienti srovnání s ostatními účastníky kurzu, potřebují pomoc a podporu terapeutů. Pro domácí trénink dostávají klienti domácí úkoly. Jednotlivé lekce obsahují

cvičení jemné motoriky, grafomotoriky, psychomotorické koordinace, zrakového a sluchového vnímání, paměti, koncentrace pozornosti, logopedická cvičení, cvičení sociální komunikace atd. Součástí výcviku jsou relaxační techniky, muzikoterapie, arteterapie. Individuální rozhovory jsou vedeny s cílem proměny sebehodnocení klientů, přijetí realistických cílů sociálního začlenění.

Sociálně pracovní poradenství: Sociálně pracovní anamnéza klientů je konfrontována s aktuálním zdravotním stavem. Vytipovány jsou možné pracovní činnosti dostupné v místě bydliště klientů. Cvičeny jsou manuální činnosti. Poskytováno je poradenství v oblasti politiky zaměstnávání zdravotně postižených.

Náš model podpory socializace, zlepšení kvality života a návratu na trh práce osob po úrazech a onemocnění mozku má minimální záběr vzhledem k potřebám těchto pacientů. Máme však zkušenosti s využitím speciálně pedagogických a psychologických postupů v práci s těmito klienty a jsme připraveni přispět k vybudování systému komplexní rehabilitace. Zpětná vazba ze strany klientů a jejich rodin potvrzuje opodstatnění této péče.

8.

Sociálně – ekonomický přínos koordinované rehabilitace osob po pracovním úrazu a nemoci z povolání

Libuše Bělohlávková

Statistické ukazatele pracovní úrazovosti

Pracovní úrazy a nemoci z povolání jsou specifickou skupinou poškození zdraví, k němuž dochází zásadně u osob v produktivním věku, v práci nebo v souvislosti s plněním pracovních úkolů. V případě pracovního úrazu jsou nejpočetnější skupinou postižených osoby ve věku mezi 30 až 34 lety.

Za rok 2010 bylo statisticky evidováno v ČR celkem 51 678 případů pracovní neschopnosti pro pracovní úrazy, z toho 14 977 pracovních úrazů utrpěly ženy. Tyto úrazy měly souhrnně za následek 2 miliony 692 tisíc kalendářních dnů pracovní neschopnosti, přičemž průměrná délka dočasné pracovní neschopnosti pro jeden pracovní úraz byla 52,1 kalendářních dnů. V důsledku pracovní neschopnosti pro pracovní úraz bylo denně v práci nepřítomno v průměru 7 377 osob. V roce 2010 bylo v ČR hlášeno 1 236 případů nemocí z povolání a v průběhu roku došlo ke 140 smrtelným pracovním úrazům.

Právní úprava úrazového pojištění

Z právního hlediska se na osoby s poškozením zdraví z práce vztahuje zvláštní ochrana, která je v současné době, dle platné a zatím účinné právní úpravy, zakotvena v zákoníku práce. Za vzniklou škodu způsobenou pracovním úrazem nebo nemocí z povolání odpovídá zaměstnanci zaměstnavatel, který je pro tyto případy povinen se pojistit u jedné z dvou komerčních pojišťoven (Kooprativa a Česká pojišťovna), které toto pojištění provádějí od roku 1993. Činnost pojišťoven se omezuje na příjem pojistného a výplatu dávek poškozeným zaměstnancům. Tato zákonná úprava nezahrnuje oblast prevence ani rehabilitace. Rozdíl vybraného pojistného a vyplaceného plnění (po odečtení správního režie 13,5 %) vrací pojišťovny jako „přebytek“ do státního rozpočtu (ročně cca 2 miliardy Kč).

V roce 2006 byl přijat zákon č. 266/2006 Sb., o úrazovém pojištění zaměstnanců, který by měl zásadním způsobem změnit celý systém úrazového pojištění. Dle platného (nikoliv však zatím účinného) znění tohoto zákona se pojištěn-

cem stává přímo zaměstnanec a správa pojištění by měla být převedena pod Českou správu sociálního zabezpečení. V zákoně jsou mimo jiné stanoveny i motivační mechanismy jak v oblasti prevence poškození zdraví z práce, tak i opatření v rehabilitaci, včetně motivace postižených osob, směřující k jejich zpětnému začlenění do pracovního procesu. Transparentnost systému a odborný vliv na opatření v prevenci a v rehabilitaci by měla zajistit Rada úrazového pojištění v tripartitním složení. Účinnost tohoto zákona však byla opakovaně odložena, naposledy do 1. 1. 2013.

Vzhledem k tomu, že v období od přijetí zákona č. 266/2006 Sb. došlo k řadě legislativních změn v souvisejících právních předpisech, je třeba stávající znění zákona novelizovat tak, aby mohl vejít v účinnost ke stanovenému termínu. Od ledna 2011 připravuje MPSV **návrh novely zákona**, která však v souvislosti se zavedením Jednotného inkasního místa a dalšími opatřeními připravovanými v daňové a sociální oblasti, **přináší zásadní změny**. Připravovaný návrh bohužel navíc obsahuje závažné, z odborného hlediska neodůvodnitelné, změny, které jsou v rozporu s filozofií systému úrazového pojištění fungujícího v zemích EU, o jehož zavedení se v naší zemi zatím neúspěšně usiluje od roku 1990.

Navrhované změny se mimo jiné především citelně dotýkají přímo postižených zaměstnanců, kdy oproti stávajícímu stavu a znění zákona č. 266/2006 Sb. dochází ke změnám zejména v posuzování zdravotní způsobilosti a ve výpočtu náhrady škody z titulu poškození zdraví z práce. Podle předpokladu MPSV (materiál RIA) by mělo dojít pro stát k „úspoře“ na dávkách vyplacených zdravotně postiženým osobám o cca 200 milionů Kč ročně. Předkladatel návrhu předpokládá nespokojenost zdravotně postižených osob s výpočtem výše náhrady škody (dávky) s tím, že postižené osoby budou svoje nároky uplatňovat soudní cestou (!).

Přestože k návrhu novely zákona č. 266/2006 Sb. již v době přípravy projevíli zásadní nesouhlas sociální partneři a odborníci z oboru (Pracovní skupina Rady vlády pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci), je více než pravděpodobné, že návrh půjde v blízké době do vnějšího připomínkového řízení, aniž by byly jejich zásadní stanoviska a náměty zohledněny.

Důsledky poškození zdraví z práce a význam koordinované rehabilitace

Podle údajů vykazovaných výše uvedenými pojišťovnami bylo v roce 2010 vyplaceno z titulu pracovních úrazů a nemocí z povolání plnění v celkové výši 3,7 miliardy Kč. Vedle toho vedly pojišťovny v uplynulém roce ve svojí správě 14 257 rent, na které bylo osobám s poškozením zdraví z práce vyplaceno v roce 2010 celkem 2,1 miliardy Kč. Vzhledem k tomu, že systém úrazového pojištění je komplementární, představují výše uvedená čísla pouze náklady mimo zdravotní péči a nemocenské dávky – tyto náklady vzniklé v důsledku pracovních úrazů a nemocí z povolání nejsou nikde evidovány.

Pokud jde o rehabilitaci v úrazovém pojištění, stávající i navrhované znění zákona č. 266/2006 Sb. odkazuje na rehabilitaci prováděnou podle jiných právních předpisů (tedy jako u ostatních osob se zdravotním postižením) a řeší pouze určitou možnost nadstavby nad jejich rámec. Přitom se předpokládá, že si o rehabilitaci v rámci úrazového pojištění postižený bude žádat (!).

Z výše uvedeného je **zřejmé, že v rámci úrazového pojištění se z pohledu navrhovatelů právní úpravy, která předpokládá, že provozovatelem pojištění bude stát (ČSSZ), s jakoukoliv koordinací rehabilitačního procesu osob se zdravotním postižením v tomto systému nepočítá**. Tento přístup státu k problematice rehabilitace v úrazovém pojištění by bylo možné chápat jedině za předpokladu, **pokud koordinace rehabilitace osob se zdravotním postižením bude systémově řešena samostatným zákonem, který jednoznačně stanoví, jak bude koordinace zajištěna, na koho a za jakých podmínek se bude vztahovat, kdo ji bude zajišťovat na úrovni státu, regionu a obce, za předpokladu včasného zahájení rehabilitace, individuálně směřované k posti-**

žené osobě a její rodině, zajištění optimálně dostupných návazných služeb v oblasti sociální rehabilitace ve všech jejích formách tak, aby zejména po psychické stránce byla zdravotně postižená osoba připravována již v počátečním stádiu rehabilitačního procesu na svoje budoucí pracovní a společenské uplatnění. U osob v produktivním věku, do jejichž života náhle a neočekávaně vstoupil vážný úraz nebo nemoc, nastupuje vedle zdravotních obtíží základní existenční starost. Pokud nepřichází včas nástin vize dalšího způsobu života, upne se postižená osoba k naději na invalidní důchod, jako jediný, z jeho pohledu jistý, způsob ekonomického zajištění sebe a svojí rodiny. Tato cesta však s sebou zpravidla nese hluboké sociální problémy, vyplývající na jedné straně z propadu životního standardu postiženého a jeho rodiny (ekonomická nejistota, neschopnost splácet finanční závazky), s tím přicházejí psychické problémy (ztráta seberealizace, neschopnost zajištění potřeb rodiny, společenská izolace), rodinná krize (oslabení partnerského vztahu, omezení funkce rodiče). Celý komplex těchto a dalších navazujících problémů není zpravidla člověk při náhlé vážné změně svého zdravotního stavu sám bez odborné pomoci úspěšně řešit. Zejména u pracovních úrazů se nejvíce případů postižení týká relativně mladých zaměstnanců a osob samostatně výdělečně činných v manuálních, zpravidla dělnických profesích. U ostatních vážných úrazů a onemocnění v produktivním věku je pak po ekonomické stránce (pokud osoba není pro tento případ individuálně pojištěna) situace z ekonomického hlediska ještě horší.

Budeme-li se zabývat komplexně otázkou **potřeby koordinované rehabilitace u osob v produktivním věku po úrazu a nemoci jako cílové skupiny** (koordinace rehabilitace se samozřejmě týká všech skupin zdravotně postižených osob), je třeba především vyjít z toho, že náhlá vážná změna zdravotního stavu zasáhla postiženého člověka naprosto nepřipraveného, bez informací a schopnosti orientovat se ve vzniklé životní situaci. Z tohoto faktu je třeba vycházet a **chápat rehabilitaci jako včasnou cílenou koordinovanou zdravotně sociální službu, která půjde za klientem k nemocničnímu lůžku a provede ho celým rehabilitačním procesem.** Jedině takto fungující systém rehabilitace se zapojením a vzájemným propojením všech zainteresovaných složek a subjektů může přinést reálné výsledky – včasný návrat zdravotně postižené osoby do pracovního a společenského života.

Závěr

Skupina osob se zdravotním postižením má, jak bylo v úvodu uvedeno, svá specifika (produktivní a v průměru mladý věk, zvláštní ochrana vyplývající z odpovědnosti zaměstnavatele dle pracovních právních předpisů). Za posledních 20 let se však nepodařilo přijmout odpovídající právní normu, která by řešila nejen výplatu dávek v případě poškození zdraví z práce, ale vedle podpory prevence především rehabilitaci zdravotně postižených osob. Přitom ze zkušeností zahraničních úrazových pojišťoven víme, jak velkou pozornost věnují právě rehabilitaci směřující ke zpětnému začlenění postižených osob do pracovního procesu. A nemusí k tomu mít žádné zvláštní sociální cítění – mají totiž dobře spočítáno, kolik na tom ušetří. Bohužel u nás sociálně ekonomické ztráty způsobené pracovními úrazy nejsou vyčísleny, protože se ani nesledují.

Pokud je skutečným zájmem státu maximálně omezit sociální a ekonomické důsledky zdravotního postižení, nelze tohoto cíle dosáhnout jinak, než systémovým řešením celého komplexu rehabilitačního procesu na základě specifické zákonné úpravy, která bude jednoduchá a bude řešit především koordinační stránku rehabilitačního procesu na výše uvedeném principu. Zavedení systému koordinované rehabilitace přinese především přímou pomoc osobám se zdravotním postižením a na druhé straně bude i možné vyčíslit kolik osob tímto procesem prochází a jaký je jeho přínos nejen pro zdravotně postižené osoby a jejich rodiny, ale i pro stát a v neposlední řadě i pro pojišťovny.

Nyní je podstatné, zda se odborníkům v této oblasti podaří ovlivnit politické rozhodnutí k přijetí takové právní normy. Vzhledem k jejímu významu pro praxi však je třeba o to usilovat a věřit, že se to konečně podaří.

9.

Mechatronické rehabilitační pomůcky pro domácí použití

Jaroslav Sobota, Josef Formánek, Jan Kutlwašer

Mezinárodní projekt „Mechatronics-based Rehabilitation at Home“ se zaměřuje na problematiku rehabilitačních pomůcek pro domácí použití. S vědomím rostoucího počtu seniorů dožívajících se vyššího věku a stále rostoucího podílu civilizačních chorob (např. cukrovky) se jeví neustálé zlepšování a zefektivňování zdravotní péče jako jedna z nejdůležitějších výzev ve všech regionech Evropské unie. Obecně je známo, že pomocí technologických inovací je možné dosáhnout vyšší kvality zdravotní péče a že zdravotně postižení nebo chronicky nemocní lidé mohou dosáhnout vyšší kvality života. Rostoucí množství (starších) občanů potřebuje dlouhodobou rehabilitaci kvůli různým onemocněním, zraněním nebo postižením. Během realizace tohoto projektu se účastníci zaměřují na řešení společenských, ekonomických, lékařských a technických potřeb a problémů spojených se zvyšující se poptávkou po vysoce kvalitních a dostupných rehabilitačních službách pro seniory a/nebo chronicky nemocné osoby.

V současnosti je terapie prováděna terapeutem (obvykle „jeden na jednoho“) ve zdravotnických zařízeních nebo doma u pacienta.

Tento přístup má však své nevýhody, zejména:

- Při kontinuální několikaleté léčbě je cestování do zdravotního střediska často obtížné, časově náročné a drahé.
- Vzhledem k demografickému vývoji populace se bude zvyšovat počet pacientů vázaných na domácí prostředí a rehabilitace na bázi „jeden na jednoho“ se stane neudržitelnou.
- V každém případě mají častá terapeutická sezení značný dopad na každodenní plánování aktivit pacienta, což ještě získá na důležitosti, protože počet terapeutů se bude s rostoucím počtem pacientů relativně snižovat.

Základním úkolem projektu je zjištění možného zlepšení kvality, účelnosti a efektivity rehabilitace a fyzioterapie při použití mechatronických rehabilitačních pomůcek, které budou určeny pro domácí použití s možností vzdáleného dohledu. Jako příklad uvažujeme běžnou kolenní motodlahu, kterou lze ovládat přes Internet. Takový přístroj

by měl pacient doma, fyzioterapeut by na dálku přes Internet nastavil parametry cvičení (rychlost, rozsahy pohybu, počet opakování atp.) a zařízení by je následně realizovalo. Díky připojení k Internetu by měli lékaři a terapeuti detailní přehled o průběhu rehabilitace, aniž by bylo potřeba často opakovaných a časově náročných osobních návštěv. Nejde však v žádném případě o náhradu rehabilitační péče, spíše o její doplněk. Pacient by stále periodicky docházel na rehabilitaci (vazba lékař/pacient musí být zachována), ale četnost návštěv rehabilitačního centra by se snížila. Předpokládá se také psychologický efekt takových pomůcek – vědomí, že cvičení je zaznamenáváno, by mohlo pacienty motivovat k větší poctivosti a pracovitosti během domácích cvičení.

V kontextu koordinované RHC se v podstatě jedná o rozšíření tohoto konceptu. Po skončení léčby v centru KRHC, by pacient měl mít možnost pokračovat s rehabilitací v domácím prostředí pomocí mechatronických rehabilitačních pomůcek. S tímto by mohlo/mělo být počítáno již při sestavování dlouhodobého plánu rehabilitace Projektu se účastní týmy výzkumníků z Holandska (Eindhoven), Itálie (Brescia), Rakouska (Linz), Španělska (Barcelona) a České Republiky (Plzeň). Více informací o projektu lze nalézt na internetových stránkách projektu www.mrh-project.eu, případně www.innovation4welfare.eu.

10.

Koordinovaná rehabilitace z pozice sociálního pracovníka na krajské úrovni

Filip Zapletal

V rámci svého příspěvku bych vás rád seznámil s tím, jak lze na oblast koordinované rehabilitace nahlížet z pozice sociálního pracovníka na krajské úrovni. Jak již zde možná zaznělo, pojem koordinované či ucelené rehabilitace není zatím nikde definován a legislativně ukotven a jeho chápání se mezi odborníky liší. Nejčastěji je uváděn jako ucelený, koordinovaný a cílený proces, jehož hlavním úkolem je minimalizace negativních důsledků nepříznivého zdravotního stavu jedince způsobeného například úrazem hlavy, končetin nebo jiným závažným onemocněním, jehož následky výrazně ovlivňují jeho sociální začlenění. Cílem koordinované rehabilitace je optimální funkční zdatnost, zajištění soběstačnosti a vhodného pracovního uplatnění. Cílovou skupinou jsou lidé v produktivním věku, tedy 18–60 roků. Tato definice však neuvádí nic o sociální a zdravotní stránce koordinované rehabilitace, zda a jakou formou se bude tento proces lišit od rehabilitace zdravotní ve zdravotnickém zařízení či rehabilitace sociální ve smyslu zákona o sociálních službách. Také není uvedeno v jaké části celého předpokládaného rehabilitačního procesu bude koordinovaná rehabilitace zařazena.

Vzhledem k prozatímnímu širokému pojetí tohoto pojmu mi prosím dovolu, abych se tomuto tématu věnoval trochu obšírněji a zasadil ho do kontextu sociálních služeb a Plzeňského kraje.

Od účinnosti zákona č. 108/2006Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, tj. od 1. 1. 2007, jsou na území Plzeňského kraje registrovány a poskytovány tyto sociální služby, jejichž činnost se může dotýkat náplně centra koordinované rehabilitace:

- 12x denní stacionáře – kde jsou poskytovány ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby

- 7x odlehčovací služby – tedy terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek
- 49x pečovatelská služba – terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony
- 11x sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením – jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením

38x odborné sociální poradenství – zahrnuje:

a) základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit

b) odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek

- 2x tlumočnické služby – jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované osobám s poruchami komunikace způsobenými především smyslovým postižením, které zamezuje běžné komunikaci s okolím bez pomoci jiné fyzické osoby
- 2x centra denních služeb – v centrech denních služeb se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby
- 12x domovy pro osoby se zdravotním postižením – zde se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby
- 6x domovy se zvláštním režimem – zde se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob
- 5x chráněné bydlení – je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení
- 7x osobní asistence – je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

- 1x podpora samostatného bydlení – je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby
- 3x raná péče – je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby
- 3x sociálně terapeutické dílny – jsou ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie
- 10x sociální rehabilitace – je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb
- 2x tísňová péče – je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností
- 3x týdenní stacionáře – v týdenních stacionářích se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Uvedený přehled sociálních služeb zmínil jen ty druhy služeb, u nichž lze předpokládat, že jejich klienty by se mohli stát i uživatelé koordinované rehabilitace. Nelze samozřejmě vyloučit, že klient využije i jiné druhy sociálních služeb, které jsem nezmínil.

Jak je vidět z uvedeného přehledu, sociálních služeb pro cílovou skupinu, kterou předpokládá projekt koordinované rehabilitace, je v Plzeňském kraji celá řada, dalo by se snad i říci dostatek. Je však otázkou nakolik se náplň jejich činnosti vyplývající z povinného minima daného zákonem, ale i z fakultativních činností shoduje či doplňuje s činností centra koordinované rehabilitace. Vráťím-li se tedy na počátek svého příspěvku, je třeba, aby pojem koordinované rehabilitace byl přesně definován a nedocházelo k duplicitě vzhledem k zákonu o sociálních službách.

Další skutečností, kterou je třeba se zabývat, je cílová skupina, které bude koordinovaná rehabilitace určena. I u ní je třeba ji přesně vymezit, protože nejasné vymezení cílové skupiny, opět zejména vzhledem k cílovým skupinám uvedeným v zákonu o sociálních službách, může mj. zamezit duplicitnímu čerpání péče klientem a jejímu dvojímu hrazení nebo naopak nekoordinovanému poskytování, což opět nemusí být v zájmu klienta. Je otázkou, zdali vymezení cílové skupiny jen věkovou hranicí je dostačující.

Mluvím-li o cílové skupině klientů, je třeba si uvést ještě jednu věc, a tou je motivace klienta k tomu, aby koordinované rehabilitace využil. Bude povinná nebo dobrovolná? Pokud povinná, jak bude uložena? Pokud dobrovolná, jak budeme klienta motivovat a jak jej přesvědčíme, že je vhodnější aby si prošel koordinovanou zdravotní a sociální rehabilitací a poté navzdory možnému handicapu si hledal práci na již tak plném pracovním trhu? Dokážeme mu pomoci najít

pracovní uplatnění? A hlavně – dokážeme ho přesvědčit, že je pro něho výhodnější a lepší absolvovat třeba náročnou rehabilitaci a znovu se zapojit do „pracovního procesu“ než zvolit možná pohodlnější cestu a získat invalidní důchod a třeba i další sociální dávky? Vzhledem k tomu, že zkušenosti sociálních pracovníků dlouhodobě ukazují, že mezi klienty nebývá velký zájem o ucelenou rehabilitaci a cílová vidina jednoduššího řešení životní situace získáním invalidního důchodu (částečného/úplného) jako „bezpracného“ příjmu převládne a klient ztratí zcela motivaci k návratu do „běžného“ života a k zaměstnání.

Domnívám se a troufám si tvrdit, že motivace k absolvování koordinované rehabilitace musí být jedním ze základních pilířů systému.

Ministerstvo práce a sociálních věcí připravovalo v roce 2010 pilotní projekt ucelené rehabilitace, na jehož přípravě a pomítkování v počáteční fázi se podíleli i pracovníci sociálního odboru Krajského úřadu Plzeňského kraje. Práce na pilotním projektu však byly posléze zastaveny.

Jednou z otázek, které tento pilotní projekt stačil otevřít, byla otázka financování procesu ucelené rehabilitace. Financování je nutná realita, která musí být řešena v každém projektu. V situaci, kdy probíhají rozpočtové škrty v prakticky všech oblastech, může být problematické spustit nový projekt, zejména takový, který bude klást dlouhodobé nároky na finanční prostředky do budoucna a bude potřebovat každoroční podporu. V tomto případě se nebude jednat ale jen o pilotní projekt, který bude možno na rozjezd podpořit například z evropských sociálních fondů a plánovat jeho ukončení v horizontu několika let, ale bude potřeba zajistit dlouhodobé zaručené financování. Projekt nebude moci být závislý na nenárokových dotacích, které v průběhu realizace může i nemusí získat. Dotační systémy mohou samozřejmě být marginálním zdrojem financí. Vhodným způsobem financování by mohl být britský model, který dokáže spojit finanční prostředky ze sociální i zdravotní oblasti do „jednoho balíku“, který je pak určen na potřebné služby. Je ale otázkou pro ekonomy na státní úrovni, zda je v České republice tento model v dohledné době realizovatelný.

Záměr vytvoření koordinované rehabilitace je jistě přínosnou myšlenkou. Je ovšem potřeba, aby se na jeho přípravě podíleli odborníci z řady oblastí a aby byl od počátku nastaven v každém detailu tak, aby bylo zřejmé čeho se týká, tedy definice základních pojmů, jaké činnosti budou v jejím rámci vykonávány, definice cílové skupiny, jak bude konkrétně realizována, prováděcí metodika, na základě čeho bude realizována, tedy legislativní zakotvení, a především z čeho bude realizována, tedy finanční zajištění.

II.

Vliv lázeňské léčby na kvalitu života, spotřebu léků a další biologické parametry u člověka

Petr Petr

Soustředěný zájem odborné veřejnosti i politické reprezentace o české lázeňství a jeho další osud trvá od počátku tohoto tisíciletí a vrcholí v těchto dnech. (1,2,5). Trajektorií tohoto zájmu je sledování vztahu mezi prostředky vynaloženými na lázeňství z veřejné ruky a vlivem lázeňské léčby (balneace) na sledovatelné a kvantifikovatelné parametry u člověka. Jde tedy o snahu nahlédnout na balneaci prismatem „evidence based medicine“. Na výsledku toho šetření bude záviset i politické rozhodnutí, zda a v jaké míře vynakládat na lázeňství veřejné prostředky obecně a prostředky z veřejného zdravotního pojištění zvláště. Autoři se snaží nalézat a ověřovat metody a metodiky, které mohou sloužit jako nástroje umožňující na důkazech založené posouzení lázeňské léčby v indikační skupině VII, t.-j. onemocnění pohybového aparátu.

Jako velmi slibné se jeví zejména

– Hodnocení HRQoL (health related quality of life) za použití dotazníkového nástroje SF-36 (1,2,3,4,5)

Hodnocení vlivu balneace na spotřebu léků, v konceptu DDD (definované denní dávky), (3,5,6)

Hodnocení vlivu balneace na markery zánětu, imunity a stresu (1)

V roce 2004 prokazují autoři (1), že Jáchymovská lázeňská koupelová radonová léčba vede ke snížení koncentrace haptoglobinu, alfa I antitrypsinu a orosomukoidu v plasmě, coby markerů zánětu, ke snížení malondialdehydu v plasmě, coby markeru oxidativního stresu, přitom ke zvýšení kortisolu (ranní odběry) v plasmě.

V letech 2003 a 2009 prokazují autoři (3,5), že Třeboňská lázeňská léčba slatinná vede ke snížení spotřeby léků (analgetika, antipyretika, antiflogistika, antirevmatika) o 51 % ve skupině bez omezení věku, a o 38% ve skupině osob mladších 35 let věku. V letech 2004 až 2011 prokazují autoři (1,3,5), že lázeňská léčba vede u pacientů/klientů s onemocněním pohybového systému ke zvýšení kvality života v konceptu HRQoL. Ve skupině osob s diagnosou M. Bechtěrev (4), jsou tato zlepšení nejmarkantnější, a dosahují v některých doménách desítky až stovky procent oproti původnímu stavu. Zejména slibné a pro pacienty/klienty optimistické je zjištění, že čím těžší stupeň postižení, tím větší je relativní přínos balneace.

Předložené výsledky vedou autory k úvaze, že uvedené metodické postupy by bylo možno použít i v širším měřítku, celostátně.

12.

Dlouhodobá zdravotně sociální péče jako součást KHRC

Monika Válková, Jaroslav Dembiný

Pojmem dlouhodobá péče (long term care), se rozumí poskytování komplexu služeb, které potřebují lidé s dlouhodobě omezenou soběstačností. OECD ve své obsáhlé zprávě o dlouhodobé péči pro starší osoby vymezuje tuto péči, jako určité spektrum služeb určených lidem závislých na pomoci v některých ze základních sebeobslužných aktivit (hygiena, oblékání, je schopnost použít toaletu, schopnost najíst se samostatně, přesunout se z postele či křesla). Mezinárodní dokumenty, například dokument OECD definují dlouhodobou péči (LTC) následovně: Jedná se o péči poskytovanou lidem, jejichž soběstačnost je dlouhodobě omezena, jsou tedy závislí („when dependent for an extended period of time“) a jejich schopnost vykonávat každodenní sebeobslužné aktivity je snížena. Sebeobslužné aktivity dělíme na základní (bazální), kam ředíme oblékání, schopnost se najíst, kontinenci, schopnost provést základní hygienu, základní mobilitu, například přesun z lůžka na židli a na instrumentální sebeobslužné aktivity, které člověku umožňují žít nezávisle ve své komunitě, jedná se například o nakupování, běžné domácí práce, přípravu jídla, obstarání financí. Dlouhodobou péčí rozumíme jak péči v domácím prostředí tak péči v institucích. (Válková, Holmerová, Korejsová, 2010)

V České republice se užívá pojem dlouhodobá péče ve smyslu poskytování lůžkové zdravotní péče v léčebnách dlouhodobě nemocných, ošetrovatelských lůžkách, odborných léčebných ústavech, domovech pro seniory aj.. V současné době je poskytování dlouhodobé péče nesystémově rozděleno mezi ministerstvo práce a sociálních věcí a ministerstvo zdravotnictví, kraje a obce, což vede k významným nerovnostem mezi srovnatelnými klienty zdravotnických a sociálních zařízení, nedostatečnému zajištění kvality a dostupnosti, neefektivnímu poskytování a k vysokým transakčním nákladům. Dlouhodobá péče o handicapované by mohla být systémově začleněna do KHRC, neboť pokud by byl klient efektivně rehabilitován, mohlo by dojít k oddálení jeho případné institucionalizaci.

Strategická doporučení pro praxi

Provázání zdravotnického a sociálního systému a vytvoření multidisciplinárních týmů dle jednotlivých cílových skupin na úrovni státní správy a samosprávy, řešící problematiku jednotlivých uživatelů v rámci svých specializací. Stanovit

prostřednictvím „geriatrické, neurologické, rehabilitační apod. konference „, individuální plán dlouhodobé péče“ po 3 měsících rehabilitační nebo následné léčby. V případě posuzování příspěvku na péči, je nutné zavést následující model multidisciplinárního posuzování potřeb péče. V praxi realizovat komplexní plán dlouhodobé péče (ošetřovatelsko-sociálně-rehabilitační plán) bez rozdílu, zda je klient umístěn v pobytovém či lůžkovém zařízení nebo je ve svém domácím prostředí. Stanovit nový systém úhrad zdravotní ošetřovatelské a rehabilitační Uplatňování principů komunitní péče, který by měl být nedílnou součástí systému pomoci je zajištění profesionální péče (všeobecná sestra, sociální pracovník, fyzioterapeut, ergoterapeut, pracovník v přímé péči a další lékařští odborníci) a pomoci neformálními způsoby, tj. především z prostředí rodiny a dalších blízkých osob. Péče a pomoc osobám musí být (či měla by být) zabezpečena vždy s využitím neformálních i veřejných zdrojů. Míra spoluúčasti neformálních a veřejných zdrojů je individuální a závisí na jedné straně na možnostech a životních okolnostech jednotlivců a jejich blízkých. Je velice důležité, aby zdravotnický systém změnil strategii v poskytování zdravotní péče, podporovat transformaci akutního modelu péče na rehabilitační a dlouhodobou péči a to zejména v ambulantních službách.

- Nastartování postupného procesu přechodu péče o osoby se zdravotním postižením, duševně nemocných a seniorů z ústavních rezidencí do komunitních služeb s malou kapacitou a domácího prostředí.
- Zajistit odpovídající participaci (podíl) veřejných zdrojů dle kompetencí, které jsou jednotlivým správcům veřejných financí svěřeny, a tím zajistit spravedlivou alokaci z veřejných zdrojů poskytovatelům sociálních služeb.
- Zajistit spravedlivou alokaci z fondu veřejného zdravotnického pojištění.
- Zajistit transparentní, hospodárný a nediskriminující systém přerozdělování veřejných zdrojů tak, aby instituce, kterým je uloženo zajišťovat sociální služby, byly schopny tento úkol zvládnout. Zajistit fyzickou a finanční dostupnost sociálních služeb tak, aby mohl být plošně využit systém „sdílené péče“, a tím zajistit zpětnou návratnost vydaných finančních prostředků na příspěvek na péči zpět do sociálního systému.
- Vytvořit systém trvalého sledování indikátorů vývoje potřeb obyvatel z hlediska sociálních a zdravotních služeb a způsobu jejich naplňování, a to na půdorysu koordinovaného postupu všech úrovní veřejné správy. Zajistit odpovídající participaci (podíl) veřejných zdrojů dle kompetencí, které jsou jednotlivým správcům veřejných financí svěřeny, a tím zajistit spravedlivou alokaci z veřejných zdrojů poskytovatelům sociálních služeb.
- Zajistit spravedlivou alokaci z fondu veřejného zdravotnického pojištění.
- Zajistit transparentní, hospodárný a nediskriminující systém přerozdělování veřejných zdrojů tak, aby byla rovnoměrně dostupná síť zdravotně sociálních služeb.
- Zajistit fyzickou a finanční dostupnost sociálních služeb tak, aby mohl být plošně využit systém „sdílené péče“, a tím zajistit zpětnou návratnost vydaných finančních prostředků na příspěvek na péči zpět do sociálního systému.
- Podpora poradenských služeb a to zejména: sociálně právní poradenství, právní poradenství, poradenství týkajících se rehabilitačních, kompenzačních pomůcek, poradenství v oblasti odstraňování bariér, úpravy bytů.

Posílení role obcí s rozšířenou působností v systému dlouhodobé péče

- Vytvoření nové pracovní pozice komunitní sestra, která bude členem multidisciplinárního týmu, která bude spolupracovat se sociálně zdravotnických pracovníkem.
- Vytvoření sítě takových služeb, aby senioři a lidé se zdravotním postižením nemuseli z důvodu nedostatku služeb odcházet do vzdálených institucí.
- Vytvořit v obcích s rozšířenou působností komunitní centra.

- Podporovat v obcích s rozšířenou působností výstavbu sociálních a malometrážních bytů, dále podpora rozvoje chráněného bydlení (dříve DpS) pro osoby zdravotně postižené a seniory, aby mohli žít v přirozené komunitě.
- Zavedení systému sociálně zdravotní péče „ long-term-care“ (dlouhodobá péče), která je charakterizována poskytováním zdravotních a sociálních služeb v přirozené komunitě nebo v institucích. Systém dlouhodobé péče musí vycházet z integrace zdravotních a sociálních služeb pobytových, ambulantních a poskytovaných v domácnosti. Rozvoj systému dlouhodobé péče vyžaduje transformaci akutních a následných lůžek ve prospěch stacionářů nebo následných rehabilitačních lůžek pro klienty.
- Stanovit nový systém úhrad zdravotní ošetrovatelské a rehabilitační péče, která je zajišťována osobám s potřebou dlouhodobé péče. Systém musí reflektovat formu péče pobytovou, ambulantní i terénní.

Bude nutné v tomto ohledu zavést systém dohledu nad kvalitou neformální péče za účelem chránit zájmy osob vyžadujících péči (příjemci PnP, kteří čerpají neformální péči). Dohled nad kvalitou neformální péče je svěřen nově etablovanému institutu, sociální pracovník a komunitní sestra. Tento tým bude etablován v rámci struktury municipální veřejné správy, nebo může být veřejnou správou na základě zákonného titulu pověřena jiná instituce (např. poskytovatelé sociálních nebo zdravotních služeb). Činnost týmu bude přenesená působnost státní správy.

Komunitní sestra společně se sociálním pracovníkem, kromě kompetencí v oblasti „dohledu, edukace“ nad kvalitou péče také kompetence v oblasti zprostředkování potřebných sociálních, zdravotních a případně jiných souvisejících služeb. Mezi další úkoly bude účastnit se procesů plánování sociálních služeb a jeho úkolem bude taktéž analyzovat potřeby obyvatel ve svěřeném území s cílem iniciovat odpovídající změny struktury služeb. Tento tým bude provádět depistážní činnost v rámci obce, vyhledávat osoby, které potřebují pomoc či podporu formou sociálních, zdravotních a případně jiných veřejných služeb.

Obcím bude umožněno realizovat procesy plánování ve spolupráci, tj. možnost plánovat způsob zajištění dostupnosti sociálních služeb v rámci dobrovolných svazků obcí nebo základě účelových smluvních závazků mezi obcemi. Dále bude nutné na úrovni obce podporovat výstavbu bytů typu chráněného bydlení a zajistit klientům odpovídající sociálně zdravotní služby, které budou umožňovat klientům důstojný kvalitní život ve vlastním domácím prostředí a nebudou nuceni se z těchto bytů vystěhovávat v důsledku zhoršení jejich zdravotního stavu. V ideálním případě zajistit takové zdravotně sociální služby i pro příjemce příspěvku na péči od nejnižší až po nejvyšší úroveň stupně závislosti. Respektování důstojnosti a autonomie musí být základem postojů k handicapovaným a seniorům. Při zajišťování zdravotně sociálních služeb je třeba respektovat princip subsidiarity, komunitního principu zajištění služeb a kontinuity přechodu z lůžkové péče do ambulantní složky.

Pracovní rehabilitace jako součást KHRC VÝCHOZÍ STAV A NÁVRH ŘEŠENÍ

Současná definice pracovní rehabilitace je nastavená poměrně nešťastně.

Citace z nabídky Úřadu práce (dále jen ÚP) :

- Pracovní rehabilitace je souvislá činnost, zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečuje úřad práce.
- Pracovní rehabilitace je určena pro osoby se zdravotním postižením.

- Součástí žádosti o pracovní rehabilitaci musí být doklad osvědčující, že žadatel je osobou se zdravotním postižením.
- Pracovní rehabilitace zahrnuje zejména poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti.
- Úřad práce v součinnosti s osobou se zdravotním postižením sestaví individuální plán pracovní rehabilitace, jeho vhodnou formu stanoví odborná pracovní skupina, vytvořená za tímto účelem na ÚP. Provádění pracovní rehabilitace stanoví vyhl. č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

Pokud chce osoba se zdravotním postižením zažádat o pracovní rehabilitaci, musí tak učinit na kontaktním pracovišti Krajské pobočky pro hlavní město Prahu ÚP ČR podle místa trvalého bydliště. Už z této krátké citace je patrné proč je tato forma pracovní rehabilitace takřka nevyužívána a když ano tak jen z důvodu trochu vynucené aktivity odborných skupin fungujících na ÚP, které má na starosti vždy jeden úředník. Proč tedy je systém nastaven tak neefektivně? Nejdůležitějším úskalím je to, že o pracovní rehabilitaci neví značná část OZP. Horší je ale ta skutečnost, že velké procento OZP má stále obavu přijít na ÚP a chtít pracovní rehabilitaci, protože stále existuje obava, aby nepřišli o invalidní důchod. Když už člověk získá pracovní rehabilitaci, musí před komisi, která rozhoduje kde a do jaké firmy umístí jednotlivé klienty. Tady je další problém, protože samotnému klientovi je pak proplácena cesta do působiště firmy a firma a nutno podotknout, že firma není často motivována v integračního procesu klienta. Pokud nemá firma vyloženě osobní zájem na klientovi, pak se brání této pomoci skupině OZP. Ale abych nebyl jen kritický znám několik málo firem (Pronorth a.s.), které se na to dají a úspěšně dokončí proces PR a často si klienta ponechají jako kmenového zaměstnance. V naprosto drtivé většině ale jsou klienti popostrkovaní na pracovišti spíše s cílem nic nezkatit. Naprosto největší problém je ale v tom, že klient není připravován na konkrétní pozici ale jen prý aby si „osvojil“ pracovní návyky. Obecně lze říci, že po skončení cyklu PR je klient zase tam kde byl bez zařazení do pracovního procesu. Jeho vize a představa o budoucím zaměstnání je ale zase v neurčitu.

NÁVRH ŘEŠENÍ

Navrhovaná změna spočívá v rozdělení pracovní rehabilitace na dva typy:

1. Pracovní rehabilitace zahrnuta do procesu koordinace ucelené rehabilitace
2. Pracovní rehabilitace zahrnuta do dlouhodobé sociální péče.

Oba dva typy pracují s jedincem, ale mají odlišný cíl a výsledek procesu PR.

I. Pracovní rehabilitace zahrnuta do procesu koordinace ucelené rehabilitace

Pracovní rehabilitace tohoto typu je jedna z nejdůležitějších v procesu návratu OZP do normálního fungování společnosti. Jejím prioritním cílem musí být navrátit klienta zpět do podmínek před úrazem nebo nemocí. Pokud to zdravotní podmínky dovolí, je nutno ještě PŘED počátkem doby kdy začíná období depresí, navrhnout jedinci konkrétní řešení.

V praxi to znamená návštěvu klienta na konci akutní léčebné péče, kdy si začíná člověk uvědomovat, do jaké složité situace se dostal. Musí být osloven zase jenom člověkem OZP (z vlastní praxe vím, že sebezvědanější zdravý pracovník sociálního odboru nemá šanci), kdy působí jako příklad, že nekončí svět, ale je jenom třeba přizpůsobit

podmínky dalšího života jedince OZP. Ze strany státu je také potřeba dodržovat zásadu, že investované finanční prostředky do této rané pracovní rehabilitace jsou neefektivněji investované prostředky. Máme šanci klienta poslat zpět do pracovního procesu s minimálními náklady. Finanční prostředky „ vložené“ do vozíčkáře, který 15 let úspěšně prohřívá sociální podporu jsou peníze ze strany státu naprosto neúčelně vynaložené. Při podrobné analýze zjistíme, že efektivita vložených prostředků klesá exponenciálně s časem nečinnosti OZP.

Nezbytné předpoklady:

- Nastavení on-line komunikace se subjekty s rehabilitačními aktivitami (OLÚ, LDN, Nemocnice s rehabilitačními oddělení)
- Znalost zaměření konkrétního klienta
- Možnost nabídky konkrétního uplatnění jedince po prvním kontaktu
- Komunikační schopnosti styčného pracovníky OZP
- Možnost dohody o individuální pracovní rehabilitaci na pracovišti připravovaného pro konkrétního jedince (ve firmě)
- Možnost individuálního vzdělávacího programu (školy a vzdělávací instituce)
- Garance za odborné znalosti a schopnosti klienta jedince (AZHA)

2. Pracovní rehabilitace zahrnuta do dlouhodobé sociální péče

Pracovní rehabilitace tohoto typu má trochu odlišné cíle, ale stejnou metodu. Musí být zaměřena na práci s jedincem a připravit individuální aktivity tak, aby docházelo k pocitu seberealizace u klienta. Tento typ nastává v době, kdy klient je přeřazen z jakýchkoliv důvodů do dlouhodobé sociální péče. Naprosto prioritní otázkou je využít tuto PR k potlačení naprosto neskutečného rozšířeného zneužívání hlavně velmi těžce postižené osoby se zdravotním postižením. Jde o všeobecně známý jev pojmenovaný „angličtina“. Fiktivní pracovní poměry jsou uzavírány hlavně s klienty OZP, kteří nemají šanci se jinak uplatnit na trhu práce. Vše probíhá se souhlasem samotných OZP, neboť pro ně je částka 2000Kč rozhodující. A tady nastává největší přínos Pracovní rehabilitace tohoto typu. Dejme těmto velmi těžce postiženým možnost provozovat aktivity přiměřené jejím zdravotnímu stavu a dejme těmto klientům motivační odměnu těch 2000Kč. Samozřejmě tento klient nesmí být souběžně zaměstnán v jiném pracovním poměru. Stát ušetří na jednu OZP za měsíc až 6000 Kč. Je velmi důležité okamžité doladění parametrů takto nastavené pracovní rehabilitace. Nesmíme zapomenout dát možnost jedincům najít „normální „pracovní místo na trhu práce. Pak by přestal klient brát odměnu za pracovní rehabilitaci.

Nastavení výchozích parametrů typu:

- Nastavení delimitační čáry přechodu na tento typ pracovní rehabilitace
- Omezit možnosti pseudo „zaměstnavatelů“ provozovat systém angličtina. Tady je velká úloha Kontrolních týmu OZP. Kontrola profesního zaměstnávání OZP. Zamezení uzavřených „cvičených opic“ sloužících pouze k navýšení počtu zaměstnaných OZP. Atd.
- Definovat systém zadávání aktivit v rámci tohoto typu pracovní rehabilitace. Vysoce individuální postup. Velká zkušenost některých solidních neziskových subjektů. (Konto Bariery, Liga vozíčkářů atd.)

Co nejrychlejší zavedení zásad 2 typů Pracovní rehabilitace by měl být zájem MPSV, protože u obou typů PR můžeme dosáhnout úspor naprosto jasně definovaných a hlavně konkrétně vyčíslených.

Literatura a zdroje:

- 1) MUDr. Hana Hornátová a spol., (Krupková V., Petr P., Verner M., Kalová H.): Vliv radonových koupelí na některé metabolické a buněčné ukazatele u člověka, Jáchymov, 20. – 24. Zář 2004
- 2) Doc. MUDr. Dobroslava Jandová: Česká lázeňská medicína, Poradní sbor MZ ČR, květen 2007
- 3) Bc. Marta Moravcová: Bakalářská práce, Zdravotně sociální fakulta Jihočeské University, Akademický rok 2009/2010
- 4) Bc. Zdena Kolaříková: Bakalářská práce, Zdravotně sociální fakulta Jihočeské University, Akademický rok 2010/2011
- 5) Doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.: Vliv lázeňské léčby na kvalitu života a spotřebu léků u pacientů s chronickým onemocněním pohybového aparátu. PS PČR, 21. 6. 2011
- 6) Doc. MUDr. Milada Emmerová, CSc.: Lázeňská léčba na počátku 21. Století., Plzeň, 30. 6. 2021

Účelová neperiodická publikace

Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR

Vyšlo v roce 2012,
vydání první, 44 stran, 300 výtisků.
Vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR,
Na Poříčnickém právu I, 128 01 Praha 2
jako neprodejnou účelovou publikaci.

© Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2012
ISBN 978-80-7421-052-5
Neprodejné