**Klíčová role koordinace rehabilitace osob se zdravotním postižením**

**pro zefektivnění systému podpory jejich pracovního uplatnění**

Expertní skupina pro osoby se zdravotním postižením a osoby sociálně vyloučené

Ing. Karel Rychtář

Mgr. Irma Procházková

Dr. Jan Zikeš

JUDr. Jitka Hlaváčková

Ing. Kateřina Augustová

2017

**Klíčová role koordinace rehabilitace osob se zdravotním postižením**

**pro zefektivnění systému podpory jejich pracovního uplatnění**

1. **Rehabilitace jako spojitý proces, její fáze a součásti, včasnost**

**Historický kontext**

Tisíce let civilizace řešila situaci a pomoc zdravotně postiženým lidem především v rodině, jejím prostřednictvím byla potřebnému člověku poskytnuta pomoc k důstojnému životu, samozřejmě úměrně sociální situaci rodiny. Pokud rodina selhala nebo neexistovala, postarala se komunita, později obec. Rodina i obec člověka znala, nebyl prostor pro jakékoliv odkládání nebo zneužívání pomoci. Chování obou stran bylo věcné, pragmatické a akceptované okolím.

Současná společnost v posledních desítkách let systematicky snižuje význam rodiny, nepodporuje mezigenerační solidaritu ani soudržnost v rámci komunit. Kvalita života je měřena penězi, veřejné i privátní služby se stávají součástí trhu.

Dnes hledáme cestu, jak zajistit efektivní a koordinovanou rehabilitaci osob se zdravotním postižením téměř ***výhradně*** v působnosti státu, jeho zdravotních a sociálních systémů. Stejný nárok na pomoc a podporu má člověk žijící v harmonické vícegenerační rodině jako osamělý člověk, který nemá zázemí a nepatří nikam. Stejnou podporu obdrží člověk, který se smíří s pasivitou a doživotní závislostí na veřejné podpoře, jako ten, který bojuje a chce se začlenit navzdory svému postižení.

Důsledkem je zkreslený obraz veřejnosti (a nejen veřejnosti laické) na postavení, chování a možnosti začlenění osob se zdravotním postižením do aktivity a běžného života. A také chronická neschopnost zefektivnit a vzájemně propojit jednotlivé systémy.

**Principy**

**Za základní principy jsou všeobecně uznávány včasnost, individuální přístup, dobrovolná a aktivní účast klienta a přizpůsobení cílů a průběhu rehabilitace individuálním potřebám a možnostem klienta**

**Včasnost**

Jednotlivé fáze rehabilitace musí na sebe bezprostředně navazovat, případně se prolínat tak, aby byla doba od zahájení rehabilitace do dosažení stupně odpovídajícího objektivním možnostem nejkratší možná.

**Dobrovolnost a aktivita klienta**

Klient vstupuje a účastní se rehabilitace dobrovolně a uvědoměle, spolupracuje a cítí odpovědnost za efektivní využití času a prostředků, nezbytných k dosažení maximálního výsledku.

**Individuální přístup**

Zdravotní postižení ovlivní zpravidla tři složky osobnosti klienta

1. „defekt“ – vlastní funkční, smyslové nebo jiné postižení a omezení
2. „aktivita“ – míra osobní energie, vůle a schopnosti překonávat překážky je individuální
3. „participace“ – schopnost dál komunikovat a nepodlehnout komplexu méněcennosti vůči intaktnímu okolí

Všechny tyto složky je nutno vnímat komplexně v synergii jejich působení, neboť zásadně ovlivňují motivaci a přístup klienta (subjektivní stránka) a určují předpoklady úspěšné rehabilitace (objektivně). V rámci sociální rehabilitace je samozřejmě nutné je pozitivně ovlivňovat.

V závislosti na stupni a míře postižení a jeho vlivu na průběh rehabilitace je nutno přizpůsobit proces individuálním (objektivním) potřebám a změnám, které nastávají v jejím průběhu.

**Systém koordinace**

Podstata koordinace rehabilitace není složitá, v zásadě je jejím cílem podpora včasné (neodkladné) (osobní) orientace postiženého (po úraze, nemoci nebo po škole) a koordinace následné pomoci tak, aby bylo možné optimálně a intenzivně využít dostupných prostředků pro jeho návrat do života a práce.

V ČR nemáme ani pojistný systém (kde koordinaci zajišťuje a financuje pojišťovna) ani fondový systém (koordinace je svěřena specializovanému fondu, vybavenému odbornou kapacitou a finanční mi zdroji). Máme články lépe (zdravotnictví) nebo hůře (např. pracovní rehabilitace) fungující, které nejsou propojeny společným informačním systémem, právními povinnostmi, koordinačním článkem a supervizí.

V dosud neúspěšné snaze o řešení koordinace rehabilitace lze identifikovat dva odlišné **základní přístupy**:

1. Koordinace rehabilitace jako vyšší **forma veřejné služby** – důraz je kladen na instituci poskytovatele, kapacity a kompetence včetně provozní a finanční stránky
2. Koordinace jako **souhrn procesů**, o něž je v zájmu naplnění principů koordinace a zefektivnění průběhu rehabilitace rozšířena působnost a informační povinnost jejích poskytovatelů

Poslední zpracované návrhy zpracované MPSV ČR vycházejí spíše z prvního přístupu (a), což může být jednou z příčin problémů při praktickém prosazení a koncipování konkrétních návrhů.

**Kompetence a odpovědnost**

V České republice není jednotná věcná a právní úprava poskytování rehabilitace. Rehabilitace je poskytována podle charakteru rehabilitačních prostředků a opatření:

* v resortu zdravotnictví jako léčebně rehabilitační péče včetně lázeňské rehabilitační péče a součást zdravotních služeb a podmínek jejich poskytování,
* v resortu školství, mládeže a tělovýchovy jako „pedagogická a výchovná“ rehabilitace v rámci specializovaného a inkluzivního vzdělávání
* v resortu práce a sociálních věcí jako sociální rehabilitace výhradně v rámci systému poskytování pomoci a podpory prostřednictvím sociálních služeb, konkrétně sociální rehabilitace ve smyslu obsahu §70 zákona o sociálních službách č. 108/2006Sb. a sociálně terapeutické dílny (§67 téhož zákona)
* pracovní rehabilitace a součást státní politiky zaměstnanosti a podpory zaměstnávání osob se zdravotním postižením ve dvou významech
1. v širším významu jako souhrn procesů a nástrojů k pracovnímu uplatnění OZP
2. v užším významu jako aplikace specifického nástroje zákona o zaměstnanosti (§69 zákona č. 435/2004Sb.)

**Efektivnost rehabilitace** z pohledu veřejných financí v důsledku stávající situace není možno měřit ani hodnotit, vzhledem k tomu, že financování jednotlivých fází procesu rehabilitace je uskutečňováno z kapitol a podkapitol rozpočtů jednotlivých resortů odděleně. Z výsledků studie – screeningu vývoje jednotlivých fází rehabilitace v ČR zpracovaného VÚPSV v roce 2017, vyplývají mimo jiné tyto závěry:

V oblasti **léčebné rehabilitace** působí v ČR okolo 17 000 zařízení, jejichž personální kapacitu naplňuje okolo 12 500 zaměstnanců lékařských a nelékařských profesí, největší zastoupení mají fyzioterapeuti a maséři. Systém posloužil v roce 2015 okolo 2,5 milionu klientů, převážně ambulantní formou, výrazně vyšší byl podíl žen. Služby jsou v krajích využívány nerovnoměrně, náklady na léčebnou rehabilitaci v roce 2015 činily cca 5,6 mld. Kč.

**Za sociální rehabilitaci** je považováno poskytování služeb dle §70 a §67 zákona 108/2006 Sb. Okolo 85 % poskytovatelů má registrovánu cílovou skupinu OZP, převažují ambulantní služby, kombinované s terénními, jen malý podíl je pobytových služeb. V roce 2015 využilo těchto služeb cca 17 000 klientů. Výdaje za rok 2015 dosáhly cca 250 mil. Kč., výdaje na služby OZP nelze samostatně sledovat.

**Rehabilitace v oblasti vzdělávání** prošla v posledním obdobím změnami, zatímco v roce 2015 poskytovalo tuto službu 800 zařízení (nejvíce v Ms kraji), cílovou skupinu tvoří nejvíce žáků s vadami řeči (zpravidla se nejedná o zdravotní postižení ve smyslu pojetí rehabilitace) a o postižení mentální různého stupně (ani zde se nemusí jednat automaticky o klasifikované postižení).

V roce 2015 identifikuje studie okolo 50 000 uživatelů rehabilitace ve školství a kapacitu okolo 12 000 zaměstnanců (učitelských i neučitelských profesí) jako poskytovatelů. V roce 2015 činily náklady okolo 5,5 mld.Kč, změnou §16 školského zákona však dochází k výraznému růstu kapacit, uživatelů i nákladů v roce 2017.

**Pracovní rehabilitace** ve smyslu §69 zákona o zaměstnanosti je určena nejen stávajícím cca 50 000 evidovaným uchazečům na úřadu práce, ale i zájemcům a zaměstnaným OZP. Služba je dostupná na nejméně 85 pobočkách Úřadu práce ČR, které však v roce 2016 disponovaly pouze cca 19 plnými úvazky specialistů (zlomky úvazků koordinátorů a poradců na pobočkách). Přes tuto omezenou kapacitu a nízký zájem o využití individuálních programů pracovní rehabilitace roste počet klientů – z necelé stovky v roce 2013 očekávaných cca 350 případů v roce 2016. Náklady v roce 2015 činily jen asi 4,8 mil.Kč, předpoklad za rok 2016 cca 6 – 7 mil.Kč.

Rostoucí trend je podpořen schválením systémového projektu (ÚP ČR) a zahájením realizace na roky 2017-21, cílem je m.j. posílení specializované kapacity na cca 100 specialistů na pobočkách ÚP ČR.

**Koordinace**

Koordinace a její role

* Zavázat zdravotní služby, aby v rehabilitační fázi léčby vytvořily průběžný/závěrečný dokument (bez osobních a důvěrných dat), psaný srozumitelně pro klienta, pro poskytovatele dalších fází rehabilitace – „nemedicínskými“ výrazy a s doporučením možné budoucí osobní a profesní orientace pohledem lékaře – vložit jej do informačního systému dostupného nositelům dalších fází a koordinátorovi a supervizorovi
* Neodkladně navázat na léčebnou fázi prostupným a koordinovaným systémem sociální a pracovní rehabilitace tam, kde je osobní potenciál,

u profesní orientace co nejdříve zapojit do spolupráce vstřícné potenciální zaměstnavatele, doplňovat informační „stopu“ o průběžné výsledky postupu rehabilitace až do rozhodnutí o možné a reálné profesní orientaci klienta

* Poskytnout intenzivní program pracovní rehabilitace v nejvhodnější podobě – pokud možno již za aktivní účasti potenciálního zaměstnavatele.
* Každý uchazeč o práci se ZP (ať již absolvoval PR nebo ukončil pracovní poměr jinde) by měl být vybaven stručnou diagnostikou a doporučením k využití pracovního potenciálu pro budoucího zaměstnavatele (= něco jiného než přiznání invalidity nebo OZZ) ve srozumitelné podobě, opět bez důvěrných informací o zdravotním stavu, s využitím nezbytné diagnostiky, je-li to v daném případě potřeba
* Teprve pokud tento koordinovaný proces v některé fázi selže, mělo by být potvrzeno rozhodnutí o definitivním stupni invalidity a dalších DNS.

Jde o zajištění těchto funkcí:

* **Legislativa** zavazující všechny nositele rehabilitace vkládat data o jejím průběhu a výsledcích a spolupracovat s dalšími nositeli/poskytovateli
* **Informační systém,** který nese aktualizované informace o průběhu jednotlivých fází rehabilitace dostupné všem oprávněným účastníkům (zdravotnické zařízení, škola, poskytovatel SS, kraj – obec, pobočka ÚP, ČSSZ, koordinátor, supervizor) na různé úrovni přístupových práv
* Role **koordinátora**, který nemusí být fyzicky kdykoliv dostupný dané osobě, pouze sleduje průběh a zasahuje v případě problému (je informován, případně přizván k rozhodování, posouzení)
* **Supervizora**, který monitoruje a vyhodnocuje fungování systému a úspěšnost začlenění, současně řeší konflikty a poruchy a iniciuje změny

Jistě se v realitě vyskytne řada administrativně - technických problémů, ale toto rozvržení odpovědnosti by je mělo zvládnout ve většině případů.

1. **Obsah jednotlivých fází rehabilitace**

**Léčebná rehabilitace**

Oblast léčebné rehabilitace je vymezena jako oblast léčebně rehabilitační péče. Ta je upravena zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, kde součástí zdravotní péče podle účelu jejího poskytnutí je dle § 5 odst. 2 písm. f) léčebně rehabilitační péče, jejímž účelem je maximální možné obnovení fyzických, poznávacích, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta cestou odstranění vzniklých funkčních poruch nebo náhradou některé funkce jeho organismu, popřípadě zpomalení nebo zastavení nemoci a stabilizace jeho zdravotního stavu. V případě, že jsou při jejím poskytování využívány přírodní léčivé zdroje nebo klimatické podmínky příznivé k léčení podle lázeňského zákona, jde o lázeňskou léčebně rehabilitační péči.

Podle **§ 46 odst. 1 písm. c) citovaného zákona poskytovatel zdravotních služeb je povinen zajistit, aby byl pacient informován o dalších zdravotních službách a dalších možných sociálních službách, které mohou zlepšit jeho zdravotní stav, zejména o možnostech sociální, pracovní a pedagogické rehabilitace.**

V zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, se podle § 33 odst. 1 za hrazenou službu považuje léčebně rehabilitační péče, poskytovaná jako nezbytná součást léčebného procesu, jejíž poskytnutí doporučil ošetřující lékař a potvrdil revizní lékař. Návrh na léčebně rehabilitační péči podává prostřednictvím formuláře zdravotní pojišťovny lékař registrujícího poskytovatele nebo ošetřující lékař při hospitalizaci; jde-li o poskytnutí lázeňské léčebně rehabilitační péče, návrh obsahuje též určení stupně naléhavosti. Podle § 33 odst. 2 a 3 je lázeňská léčebně rehabilitační péče poskytována výhradně jako následná lůžková péče ve zdravotnických zařízeních, která se nacházejí v místě výskytu přírodního léčivého zdroje nebo na území s klimatickými podmínkami příznivými k léčení, a při poskytování péče jsou tyto přírodní léčivé zdroje nebo klimatické podmínky příznivé k léčení využívány. Lázeňská léčebně rehabilitační péče se poskytuje a hradí jako komplexní lázeňská léčebně rehabilitační péče nebo příspěvková lázeňská léčebně rehabilitační péče.

Nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, pak upravuje dostupnost jednotlivých odborných zdravotních služeb.

Poskytovatele zdravotnických služeb v ČR lze rozdělit do 4 základních skupin:

* akutní lůžková péče
* nelůžková péče
* ostatní lůžková péče
* lázně.

Role lékařů a zdravotnického personálu

V rámci léčebné rehabilitace (léčebně rehabilitační péče) jsou mimo nezastupitelnou roli praktických, ambulantních a odborných klinických lékařů významné tyto zdravotnické specializace:

* lékař rehabilitační a fyzikální medicíny
* ergoterapeut (§7)
* zdravotně – sociální pracovník (§10)
* ortoticko – protetický technik (§14)
* psycholog ve zdravotnictví / klinický psycholog (§22)
* klinický logoped (§23)
* zrakový terapeut (§23a)
* fyzioterapeut (§24)
* masér, nevidomý a slabozraký masér (§37).

Odbornou způsobilost nelékařských zdravotních povolání (§7 – 37) vymezuje zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Lékař rehabilitační a fyzikální medicíny získává svou odbornou způsobilost dle vyhlášky č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů. Rehabilitační a fyzikální medicína je základním oborem medicíny.

Systémovým problémem je hranice, do které je nutno zajistit ochranu osobních dat klienta, aniž by tím byla omezena efektivnost procesu rehabilitace v objektivním zájmu klienta.

Praktickým problémem je často pracovní kapacita, vytíženost praktických i specializovaných lékařů, kteří nemají informace o osobní a životní situaci klienta (a není jejich povinností se tím zabývat). Z jejich strany lze proto očekávat negativní postoj k případné povinnosti vkládat informace do systému koordinované rehabilitace.

 Druhým problémem je důsledná orientace lékaře pouze na medicinskou stránku zdravotního postižení a jeho důsledků pro občanský život pacienta, která může ovlivnit kvalitu využitelných informací v dalších fázích rehabilitace.

**Léčebná rehabilitace směřuje primárně k občanskému, soukromému životu pacienta. Jedná se o uzavřený systém legislativně, propojením oborů i způsobem financování. Hlavní bariérou prostupnosti je ochrana osobních dat o zdravotním stavu, s nimiž je oprávněn pracovat pouze lékař a zdravotnický pracovník.**

**Sociální rehabilitace**

Sociální rehabilitace je pro účely řešení tohoto výzkumného úkolu vymezena jako registrovaná sociální služba definovaná § 70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a § 35 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve zněních pozdějších předpisů.

Jedná se o „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.“

Základní činnosti při poskytování sociální rehabilitace se zajišťují v rozsahu vyjmenovaných úkonů, zejména:

**a)** nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování;

**b)** zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;

**c)** výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, upevňování získaných motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,

**d)** pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, podávání informací o možnostech získávání rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, informační servis a zprostředkovávání služeb;

**e)** poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou formu služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb, ubytování, úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení,

**f)** poskytnutí stravy, jde-li o pobytovou formu služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb (zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietní stravy, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel, pomoc při podávání jídla a pití,

**g)** pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, jde-li o pobytovou formu služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb (pomoc při úkonech osobní hygieny, pomoc při základní péči o vlasy a nehty, pomoc při použití WC apod).

**Sociálně terapeutická dílna**

Poměrně kontroverzním nástrojem sociálních služeb je sociálně terapeutická dílna dle §67 zákona 108/2006Sb. Obsah činností více odpovídá stacionáři, nejedná se však v praxi o „chráněnou práci“ ve smyslu zahraničních modelů, jako spíše o pěstování základních pracovních návyků.

Kapacita pracovního asistenta a zajišťování skutečných pracovních úkolů (zakázek) – tedy rozvoj skutečných pracovních schopností - je podfinancována a potlačena ve většině případů, prostupnost do trhu práce je minimální.

**Role poskytovatelů sociálních služeb**

Za poskytovatele sociální rehabilitace je s odvoláním na výše uvedené vymezení považován registrovaný poskytovatel sociální služby dle § 70, zákona č. 108/2006 Sb. V ČR je aktuálně 413registrovaných služeb zajišťující sociální rehabilitaci. *Nejvíce služeb (100) je dostupných v Hlavním městě Praha, nejméně služeb (5) se nachází v Karlovarském kraji*. Mezi poskytovateli jsou uvedeny také 3 příspěvkové organizace MPSV, které mají registrovanou sociální službu dle § 70.

Mezi poskytovanými službami převažují formy ambulantního typu, které jsou u většiny zařízení současně kombinovány se službami poskytovanými v terénu. Pouze 25 služeb poskytuje sociální rehabilitaci formou pobytové služby.

**Motivace k práci a k profesnímu rozvoji**

Za problém lze považovat skutečnost, že v tradičním pojetí registrované sociální služby nemají přímý vliv na motivaci klienta k profesnímu růstu s cílem aspirovat na stálé pracovní uplatnění. Cílem služby je zvýšení samostatnosti, nezávislosti, odstranění překážek.

**Smyslem a cílem sociální rehabilitace (obsahem i legislativou) je zvýšení kvality osobního, soukromého života klienta a jeho sociální integrace do hlavního proudu. I zde se jedná o uzavřený systém, legislativně i způsobem financování a měření dopadu (efektivnosti). Návaznost na pracovní uplatnění je deklarována, ale fakticky se neprolíná se sociální službou. Hlavní bariérou je zcela odlišné postavení a vnímání klienta (jednostranného příjemce pomoci) a zaměstnance (rovnoprávného účastníka trhu práce ve smluvním vztahu).**

**Rehabilitace ve vzdělávání a rehabilitace profesní**

V ČR dosud není obsah rehabilitace ve vzdělávání jednoznačně legislativně vymezen. Pro účely tohoto výzkumu, zejména z důvodu dostupnosti relevantních dat, byla oblast „pedagogické“ rehabilitace vymezena jako vzdělávání dětí, žáků nebo studentů se speciálními vzdělávacími potřebami z důvodu zdravotního postižení níže definována § 16, odst. 9 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) v aktuálním znění.

§ 16 školského zákona definuje oblast takto:

*Pro děti, žáky a studenty s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, závažnými vadami řeči, závažnými vývojovými poruchami učení, závažnými vývojovými poruchami chování, souběžným postižením více vadami nebo autismem lze* ***zřizovat školy nebo ve školách třídy, oddělení a studijní skupiny****. Zařadit do takové třídy, studijní skupiny nebo oddělení nebo přijmout do takové školy lze pouze dítě, žáka nebo studenta uvedené ve větě první, shledá-li školské poradenské zařízení, že vzhledem k povaze speciálních vzdělávacích potřeb dítěte, žáka nebo studenta nebo k průběhu a výsledkům dosavadního poskytování podpůrných opatření by samotná podpůrná opatření podle odstavce 2 nepostačovala k naplňování jeho vzdělávacích možností a k uplatnění jeho práva na vzdělávání. Podmínkou pro zařazení je písemná žádost zletilého žáka nebo studenta nebo zákonného zástupce dítěte nebo žáka, doporučení školského poradenského zařízení a soulad tohoto postupu se zájmem dítěte, žáka nebo studenta.*

Z pohledu institucionální zabezpečení pedagogické rehabilitace považujeme za instituce školská zařízení, která zajišťují vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami dle § 16 odst. 9 Školského zákona. Novelizovaný zákon vstoupil v platnost 1. 9. 2016.

V rámci pedagogické rehabilitace působí v ČR téměř 12 000 pracovníků v pracovních pozicích: učitel, speciální pedagog, asistent pedagoga, vychovatel, případně jiní specialisté.

**Rehabilitace ve vzdělávání je typická zcela nekonzistentním vymezením cílových skupin (OZP jsou pro účely rehabilitace podskupinou žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami). Zcela chybí samostatné vnímání profesní rehabilitace OZP (vocational rehabilitation), pro něž není legislativně ani exekutivně vymezen prostor. Tato oblast je zatím nedokonale vyplňována pracovní rehabilitací a specifickými rekvalifikacemi bez doprovodných sociálních služeb.**

**Pracovní rehabilitace**

Oblast pracovní rehabilitace je upravena zákonem č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů a dále vyhláškou č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

Pracovní rehabilitace, nárok na ni a podmínky jejího poskytování upravuje § 69 odst. 1 až 5zákona o zaměstnanosti:

**Osoby se zdravotním postižením mají právo na pracovní rehabilitaci.** Pracovní rehabilitaci **zabezpečuje krajská pobočka Úřadu práce** místně příslušná podle bydliště osoby se zdravotním postižením ve spolupráci s pracovně rehabilitačními středisky nebo může na základě písemné dohody pověřit zabezpečením pracovní rehabilitace jinou právnickou nebo fyzickou osobu. Pracovní rehabilitace je **souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením**, kterou na základě její žádosti zabezpečují krajské pobočky Úřadu práce a hradí náklady s ní spojené. Žádost osoby se zdravotním postižením obsahuje její identifikační údaje; součástí žádosti je doklad osvědčující, že 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 nebo jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti.

Základem je sestavení individuálního plánu pracovní rehabilitace s ohledem na zdravotní způsobilost, schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost a kvalifikaci a s ohledem na situaci na trhu práce; krajská pobočka ÚP ČR přitom vychází z vyjádření odborné pracovní skupiny (§ 7 odst. 3 zákona o zaměstnanosti).

**Na pracovní rehabilitaci mohou být na základě doporučení ošetřujícího lékaře vydaného jménem poskytovatele zdravotních služeb zařazeny fyzické osoby, které jsou uznány za dočasně neschopné práce**, a na základě doporučení okresní správy sociálního zabezpečení vydaného v rámci kontrolní lékařské prohlídky též fyzické osoby, které přestaly být invalidními. Zařazení těchto fyzických osob na pracovní rehabilitaci nesmí být v rozporu s jejich zdravotní způsobilostí; krajská pobočka Úřadu práce je povinna zařazení písemně oznámit příslušné okresní správě sociálního zabezpečení s uvedením data zahájení, místa výkonu, denního rozsahu a celkové délky trvání pracovní rehabilitace, a do 5 kalendářních dnů písemně oznámit její ukončení.

Vyhláška č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, pak v části první řeší pracovní rehabilitaci osob se zdravotním postižením, individuální plán pracovní rehabilitace a co se považuje za náklady na pracovní rehabilitaci hrazené Úřadem práce a způsob jejich úhrady.

**Také pracovní rehabilitace tvoří v praxi dosud izolovaný systém, jen pomalu se prosazují návaznosti na sociální rehabilitaci s využitím diagnostických metod a postupů k určení využitelného zbytkového pracovního potenciálu. Existují problémy s financováním i s administrativní náročností v praxi. Hlavní překážkou vyšší efektivnosti je absence potenciálních zaměstnavatelů v přípravě – posilující adresnost a pružnost individuálního plánu PR a současně motivaci klienta – uchazeče.**

**Role Úřadu práce ČR**

Změnami a reorganizací v roce 2011 se změnila role a zaměření této instituce. Zatímco od roku 1990 do roku 2010 se jednalo o instituci zaměřenou po vzoru zahraničních modelů účelově na obě strany trhu práce, dnes většina její kapacity je zaměřena na agendy sociálních dávek a nepojistných systémů. Kapacita odborníků a činností zaměřených na trh práce a jeho podporu se snížila a jen pomalu se vrací.

Vedení poboček úřadů práce je v nezáviděníhodné situaci. Jednou zcela odlišnou skupinou klientů jsou příjemci sociálních dávek a příspěvků, jejichž efektivnost nemůže Úřad práce ČR ovlivnit. Jedná se o jednostranný transfer veřejných financí, nevratný, určený ke spotřebě (role „strážce výdajů).

Zcela odlišným klientem jsou účastníci trhu práce. Nejen uchazeči a zaměstnanci, u nichž cílem aktivit a podpory v rámci aktivní i pasivní politiky zaměstnanosti je dovést je nebo udržet na trhu práce, ale také zaměstnavatelé, bez jejichž motivace a aktivity nelze uchazeče a zaměstnance dostat a udržet na trhu práce. U této činnosti naopak efektivnost lze vyžadovat a zajistit.

Na roli Úřadu práce ČR v systému rehabilitace lze pohlížet ze tří úrovní.

Dle §69 zákona o zaměstnanosti č. 435/2004 pracovní rehabilitaci zabezpečuje krajská pobočka nebo kontaktní pracoviště Úřadu práce místně příslušné podle bydliště osoby se zdravotním postižením. V tomto subsystému je úřad práce odpovědný za příslušná rozhodnutí, zpracování individuálního plánu pracovní rehabilitace a za uzavření smlouvy s jejím poskytovatelem.

Tímto poskytovatelem zpravidla je třetí subjekt, který je předem vybrán na základě výběrového řízení a má odborné a personální předpoklady. Jen ojediněle je v praxi poskytovatelem PR zaměstnavatel, u něhož má nebo může najít OZP pracovní uplatnění. Takový proces je dosud podle zkušeností velmi zdlouhavý a nepružný, od prvního impulsu k úspěšnému ukončení procesu mohou uplynout měsíce, což je pro poptávku zaměstnavatelů málo atraktivní postup. Téměř v žádném případě se na výběru účastníků PR, přípravě a sestavení IPPR nepodílí možný zaměstnavatel. Tato negativa spolu s vyššími administrativními nároky vedou k nízkému využití nástroje, teprve v posledních letech dochází k pomalému nárůstu počtu pracovních rehabilitací – nerovnoměrně v krajích.

Z pohledu zabezpečení PR se na jeho realizaci podílí tyto subjekty:

* **Generální ředitelství ÚP ČR** – 1 pracoviště (metodické pracoviště)
* **Krajské pobočky ÚP ČR** - 14 krajských pracovišť (koordinační pracoviště)
* **Kontaktní pracoviště ÚP ČR** - 85 pracovišť (kontaktní a poradenské pracoviště)
* **Pracovně rehabilitační střediska** - v praxi dosud není využíváno
* **Právnické a fyzické osoby pověřené zabezpečením PR** – na základě výzvy ÚP ČR při splnění požadavků na zabezpečení konkrétní formy PR.
1. Za pracovní složku rehabilitace OZP lze považovat i služby zaměstnanosti poskytované uchazečům – osobám se zdravotním postižením mimo aplikaci §69 zákona o zaměstnanosti. Nejčastěji se jedná o poradenství a rekvalifikace, případně s navazujícím využitím jiných nástrojů (např. SÚPM, VPP). Do těchto služeb však vstupuje většina klientů ÚP bez koordinované návaznosti na předchozí fáze rehabilitace. Spolupráce s poskytovateli sociální rehabilitace a se školami je spíše na iniciativě pracovníků ÚP (a jejich kapacitě).
2. Organizační změnou v roce 2011 se na druhé straně úřad práce přiblížil zdrojům informací a agendám souvisejícím s ostatními fázemi rehabilitace (nepojistné dávky a příspěvky OZP jsou poskytovány na základě informací využitelných pro koordinaci rehabilitace).

**Prostupný systém sociálních služeb a pracovní rehabilitace**

Na základě iniciativy sociálních partnerů zpracovalo MPSV ČR v roce 2016 Doporučený postup, metodický dokument určený především pro potřeby Úřadu práce ČR, jehož cílem je zajistit návaznost sociální a pracovní rehabilitace – více na odkazu:

<http://www.mpsv.cz/files/clanky/23591/Doporuceny_postup_c.1-2016_na_podporu_realizace_prostupneho_systemu_socialni_a_pracovni_rehabilitace_osob_se_zdravotnim_postizenim.pdf>

Prostupný systém sociální a pracovní rehabilitace osob se ZP zahrnuje nastavení užší spolupráce na úseku koordinace poskytování sociálních služeb a služeb zaměstnanosti osobám se ZP, a to zejména při provádění uvedených oblastí rehabilitace jako nedílné součásti komplexní (ucelené), a tedy koordinované rehabilitace osob se ZP.

Důsledné uplatňování prostupného systému má umožnit efektivní a koordinované poskytování těchto služeb odpovídající konkrétní situaci a potřebám osob se ZP (rychlý a návazný i oboustranný

přechod mezi jednotlivými službami), jakož i předejít jejich případnému duplicitnímu poskytování.

Prakticky v jakémkoli sociálním systému je nezbytnou součástí a nepostradatelným nástrojem poskytování pomoci a adresné podpory osobám se ZP práce v multidisciplinárním týmu využívajícím metodu „case managementu“, má-li být taková pomoc či podpora efektivní, tj. zohledňující různorodé aspekty řešené konkrétní nepříznivé situace.

Zavedení prostupného systému znamená využití prvků metody „case managementu“ při poskytování dotčených služeb osobám se ZP. Propojenost a vzájemná znalost činností jednotlivých subjektů zainteresovaných na řešení situace osob se ZP je nezbytným předpokladem pro účinnou pomoc.

Kromě základních principů provádění rehabilitace je podstatným východiskem uplatňování prostupného systému i respektování toho, že účast osoby se ZP na provádění sociální i pracovní rehabilitace je zcela dobrovolná a založená nejen na individuálních potřebách této osoby, ale i na její nezbytné aktivní spolupráci. Tím, že je osoba se ZP sama aktivně vtažena do řešení své situace a do procesu individuálního plánování činností a služeb, o nichž spolurozhoduje, a je spoluzodpovědná

za jejich realizaci, se posilují a znovu navrací její kompetence a aktivizují se její zdroje a kapacity.

**Formy pozitivní diagnostiky zbytkového pracovního potenciálu**

Z kontextu a z praktických zkušeností je zřejmé, že

* K hodnocení zbytkového pracovního potenciálu zdaleka nestačí pouhé rozhodnutí ČSSZ o přiznání invalidity nebo statutu OZZ
* Moderní kompenzační pomůcky umožňují pracovat často i velmi těžce postiženým lidem
* Moderní trh práce zatěžuje zaměstnance více než fyzicky spíš požadavky na kvalifikaci, flexibilitu, často i stres
* Stále častěji je nutné, aby zdravotně postižený uchazeč zásadně změnil svoji profesní orientaci, k čemuž je nutné znát nejen rozsah omezení, ale i rozsah a míru využitelného zbytkového pracovního potenciálu pro rozvoj silných stránek

Za této situace je mnohdy nezbytné využít některé z metod diagnostiky. Nejběžnějšími jsou bilanční diagnostika (kombinace posouzení zdravotní dokumentace a testování předpokladů pro určité typy činností včetně vyšetření psychologického) a ergodiagnostika, zahrnující také testování pohybových a některých funkčních omezení. Díky uskutečněným projektům ESF MPSV ČR do roku 2012 došlo k vytvoření 12 ergodiagnostických center, která byla vybavena technickou a personální kapacitou a jsou v různé míře využitelná k hodnocení – zejména v úvodní fázi pracovní rehabilitace. Nejedná se však zatím o velký počet případů, přestože je síť ÚP ČR motivována a podporována k jejich využití.

**Role zaměstnavatelů v pracovní rehabilitaci**

Podle zkušeností praxe a především ze zahraničních zkušeností se ukazuje zapojení potenciálních zaměstnavatelů osob se zdravotním postižením do koncových fází procesu rehabilitace jako zcela nezastupitelné. Představa „dodávky na klíč“ rehabilitovaných OZP bez účasti cílového zaměstnavatele na sestavení profilu pracovního místa a individuálního plánu pracovní rehabilitace je nereálná.

Klíčové podmínky

* Řešení ad hoc přístupem není ve většině případů efektivní – je nutná systematická a dlouhodobá spolupráce zejména větších zaměstnavatelů se společensky odpovědným přístupem,
* Nalezení vhodné formy komunikace o nabídce a poptávce trhu práce ve významném okruhu zaměstnavatelů dává dostatečně širokou nabídku pracovních pozic pro různý stupeň a typ postižení v kvalifikační struktuře a prostor pro strategické rozhodování
* Velmi vhodnou se ukazuje také spolupráce se speciálními školami a centry podpory studentů se specifickými potřebami (na většině vysokých škol)
* Trh práce vyžaduje zrychlení procesů rehabilitace – optimální je realizace IPPR zčásti nebo i zcela na pracovišti potenciálního zaměstnavatele (bez prodlev spojených s administrativou)

1. **Praxe**

Nejnázornějším a nejpřesvědčivějším argumentem jsou příklady z praxe. V následujících případových studiích lze přímo nebo nepřímo identifikovat překážky a chyby systému, stejně jako klíčovou roli individuálního přístupu

*Příběhy lidí ukazující nezbytnost specifických a individuálních přístupů, jak je popsali oslovení zaměstnavatelé:*

**Paní K.**

Ve svých 45 letech žije sama s mentálně postiženou sedmiletou dcerou. Má základní vzdělání, je u ní diagnostikována skolióza a lehká mentální retardace. Před nástupem k zaměstnavateli více než 50 % OZP nevyužívala žádnou pomoc ani sociální službu.

K práci ji přivedla kamarádka, která už u nás pracovala. Paní K pracuje jako uklízečka. Byla nedůvěřivá, mlžila i lhala, vymlouvala se. Odmítala pomoc a říkala „já to zvládnu sama“. Oporou jí byla jen kamarádka, díky které zřejmě v práci vydržela. Nabídli jsme pomoc vlastní psycholožky a psychosociální asistenci, kromě našich služeb a kamarádky nikdo další zapojen nebyl.

S každým potřebným zaměstnancem individuálně probíráme a plánujeme jeho rozvoj, motivujeme jej a pravidelně cca za půl roku revidujeme a aktualizujeme.

Také paní K byla poskytnuta pracovní asistence, velmi rychle se naučila skvěle uklízet. Postupně zvládla i komunikaci se zákazníky a našla si tak důvěru k nám i k sobě samé.

Největší překážkou bylo zvládnutí vztahů se zákazníky, daných její svéráznou komunikací. Pomocí psycholožky a pracovní i psychosociální asistentky se podařilo natrénovat vhodné postupy a jednání.

*Komplexní rehabilitace zde proběhla v uzavřeném prostředí zaměstnavatele, v tomto případě nebylo nutno zapojovat další subjekty (úřad práce, zdravotnické nebo vzdělávací služby), roli koordinátora rehabilitace plnil zaměstnavatel – resp. jeho management a specialisté. Většina zaměstnavatelů však není vybavena odborně ani kapacitně, jen část využívá externích služeb a spolupracujících organizací.*

*(Zaměstnavatel z Olomouckého kraje)*

**Slečna V.**

Vysokoškolačka s diplomem psychologa, dodatečně absolvovala kurz pro grafiky.

Od mládí „trochu jiná“, mimo kolektiv, pocity osamělosti, během studia na VŠ u ní propukly těžké deprese. Žije ve funkční a milující rodině, ale aktivní rodiče její nemoci nerozumí.

Po dlouhou dobu se snažila uplatnit na běžném trhu práce, je schopná, ale práce ji vyčerpává, vzdala snahu pracovat na plný úvazek, řešila už jen brigádami. O invalidní důchod požádala až po třicítce, také díky tomu je důchod velmi nízký.

Ve svých 39 letech u nás pracuje od roku 2014, přestože byla krátce po relapsu, dost utlumená léky, zaujala nás příběhem a snahou „něco dělat“.

Informace o její situaci jsme kromě vlastních informací a služeb získali od spolku poskytujícího služby dobrovolníků, zpočátku jsme neměli žádné informace mimo informací od klientky/zaměstnankyně.

Máme vlastní psycholožku a psychosociální asistenci, s každým plánujeme jeho profesní rozvoj a pololetně aktualizujeme, podle potřeby i častěji. K úpravě dlouhodobého plánu a jeho změn vždy dochází na základě shody se zaměstnancem.

V průběhu rehabilitace nastalo několik propadů a relapsů. Pomohli jsme nalézt nového terapeuta, situace se pak stabilizovala.

Slečna V. udělala velký pokrok, je relativně stabilizovaná, vrátila si jí kreativita, sebevědomí, aktivita (např. aktivní účast v projektu „Blázníš, no a co?“), vytvořila si vlastní web o osamělosti, absolvovala kurz lektora. Má znalosti, nápady, kreativitu, je spolehlivá, ochotná. Přetrvává u ní velká únavnost. Pracovní náplň má ušitou na míru, pracuje skvěle, ale více něž 10 hodin/týdně pracovat nedokáže. Registrujeme velký pokrok, ale společná práce pro nás i pro slečnu V. nekončí.

*V tomto případě se jedná o dlouhodobý proces rehabilitace, který nebyl včas a správně zachycen. Paradoxně negativní roli zde sehrála aktivita slečny V., která mohla získat koordinovanou pomoc dříve. Roli „náhradního“ koordinátora zde sehrává zaměstnavatel, který je pro takovou roli vybaven a motivován.*

*(Zaměstnavatel v Praze)*

**Pan K.**

Muž, 41 let, s vrozeným zdravotním postižením (porucha růstu, výrazně omezená hybnost páteřního kanálu), přiznána invalidita I. stupně. Vzdělání základní, před nástupem do družstva pracoval jen příležitostně, spíše drobné výpomoci sousedům, výjimečně krátkodobé brigády – pracovní zkušenosti velmi omezené. Do družstva byl přijat v tzv. mimořádné životní situaci, kdy byl bez práce, bydlení a přechodně i kontaktu s rodinou.

Pracovník dříve žil ve společné domácnosti s rodiči na vesnici, ale ti se rozvedli, maminka se odstěhovala do jiného regionu, otec jej vyhodil z domu. Přespával u kamaráda ve stavební maringotce, kde však nemohl pobývat v průběhu dne. Přes den chodil po městě a snažil se najít nejrůznější pracovní příležitosti (v naprosté většině neúspěšně). Situace byla velmi nepříznivá, zvláště v zimním období. Jeho jediným příjmem byl částečný invalidní důchod. Po několika měsících se zaevidoval jako uchazeč o zaměstnání na ÚP, kde obdržel několik doporučení na přijetí do PP, na všechny nabídky adekvátně reagoval, ale v žádném případě nebyl přijat. Je třeba říci, že po celou dobu se v rámci svých možností aktivně snažil o řešení své situace – neúspěšně.

Do našeho družstva přišel na doporučení z ÚP. Přesto, že ve svých 26 letech byl bez pracovní zkušeností i návyků, o jeho vlastním přijetí rozhodl především jeho aktivní přístup a snaha řešit svou situaci.

Největší překážkou jeho začlenění bylo chybějící rodinné zázemí a bydlení, samozřejmě i jeho zdravotní omezení (nemožnost dlouhodobé práce v sedě, nutnost častého střídání pracovních poloh a činností).

Rodiče ani sám pracovník dlouhodobě neřešili potřebu zdravotní rehabilitace. Skutečnost zdravotního postižení brali jako fakt, který nelze změnit. Kontaktovali jsme opakovaně jeho ošetřujícího lékaře, zjišťovali možnosti jeho pracovního začlenění, dohodli se na rehabilitaci, kterou pracovník absolvoval, ale vyjadřoval se o ní jako o zbytečnosti (bez efektivního výsledku).

Sociální rehabilitace v plném rozsahu zajišťovalo družstvo (např. bydlení – předsedkyně družstva dohodou s městem, které pracovníkovi přidělilo byt v DPS, pracovní začlenění a nácvik pracovních úkonů – mistr univerzální dílny, neformální pracovní asistent spolu s místopředsedou družstva). V této fázi zapracování velmi pomohlo znovunavázání narušených vztahů s maminkou, od které jsme současně získali informace o předchozím životě, dovednostech, možnostech, zájmech i potřebách pracovníka (neformální osobní anamnéza).

Profesní rozvoj pracovníka byl dlouhodobou záležitostí. Většinou byl řešen týmem spolupracovníků (neformální pracovní asistent, mistr dílny, místopředseda a předsedkyně družstva) a to vždy za přítomnosti pracovníka.

V několika případech jsme otázku pracovního zařazení řešili za přítomnosti pracovnice ÚP pro pracovní začlenění osob se ZP. V této činnosti jsme využili metodu bilanční diagnostiky, konzultací, pracovní asistence, individuálního přístupu a plánování. Ergodiagnostika byla průběžná, neformální, dána interními možnostmi. Praxe ukázala, že některé činnosti pracovník zvládne, jiné pouze krátkodobě, další vůbec.

Mimořádným pozitivem v hledání stabilního pracovního začlenění byl aktivní a iniciativní přístup pracovníka, obdobně i vrozená pracovitost, do jisté míry dána vesnickým prostředím, ze kterého pochází. Návrhy na rozšíření kvalifikace přijímal vždy s velkým elánem a radostí. Společně jsme hledali takové možnosti zvýšení kvalifikace, které budou dlouhodobě využitelné pro pracovníka i zaměstnavatele. Nejdříve absolvoval rekvalifikační kurz práce na PC, návazně dva rozšiřující kurzy, později kurz skladové a jednoduché fakturační evidence.

Po určité době jednoduché a lehké práce na univerzální dílně (kompletace drobných elektrosoučástek) u pracovníka docházelo ke zhoršování zdravotního stavu. Postupně řešeno lékařsky ve zdravotním zařízení, lázeňskou péčí a také novým pracovním zařazením. Pracovník se postupně zapracovával ve zmiňované skladové evidenci a evidenci zakázek univerzální dílny. Zhruba po dalším roce byl jmenován mistrem univerzální dílny, ve které práci koordinuje z organizačního a termínového hlediska, úzce spolupracuje s mistrem kvality. Pestřejší náplň práce přinesla i častější střídání pracovních poloh.

Nové pracovní zařazení však sebou přineslo i zásadní změnu v chování muže k ostatním spolupracovníkům. Jednal s nimi nevhodně, povýšeně, mnohdy s jistou dávkou arogance, při vzájemné komunikaci často zvyšoval hlas, byl i hrubý. Na svou obhajobu uváděl „jsem malej a jinak mě lidi neberou vážně“. Dlouhodobě jsme společně pracovali na změnách nevhodných vzorců chování a budovali potřebnou míru asertivity, empatie apod. (mimo jiné absolvoval dva komunikační kurzy + individuální konzultace).

V organizační struktuře zaměstnavatele osob se zdravotním znevýhodněním je pracovní pozice koordinátora (supervizora, sociálního pracovníka) pro kvalitu sociální a pracovní rehabilitace zaměstnanců zcela nezbytná. Přinese pozitivní dopady pro zaměstnavatele i samotného pracovníka. Její absence způsobuje prodlužování procesu stabilního začlenění nového zaměstnance.

*Délka období od počátku rehabilitace do stabilního pracovního začlenění zaměstnance byla v řádech roků. Byla to sice dlouhá cesta, ale v naprosté většině směřovala kupředu a měla smysl. Dnes v našem družstvu muž pracuje již patnáct roků. Na počátku k nám nastoupil nezaměstnaný „bezdomovec“ bez vzdělání a se zdravotním znevýhodněním, dnes tvoří stabilní a spolehlivou součást pracovního týmu. Osobně měl velký sen – cestovat, poznávat cizí země a cizí kultury.*

*Kvůli naplnění svého snu jsme mu před deseti lety umožnili absolvovat první roční jazykový kurz angličtiny, v jazykové přípravě pak pokračoval několik dalších let. Mimo krátké poznávací cesty jede každý druhý rok na zahraniční dovolenou, v letošním roce na Srí Lanku. Je to úžasné a zasloužené. Všichni mu přejme ty nejkrásnější zážitky!*

*(Zaměstnavatel v Olomouckém kraji)*

**Paní S.**

Žena, 33 roků, s vrozeným mentálním postižením, přiznána invalidita I. stupně. Vzdělání základní + dvouletý učební obor pomocné práce ve zdravotnictví. Zaměstnaná nikdy nebyla, po ukončení učebního oboru pracovala příležitostně jako dobrovolnice v sociální službě denní stacionář, který v dětství a mládí využívala jako klientka. Do družstva byla přijata v tzv. mimořádné životní situaci, kdy byla po rozvodu bez rodinného zázemí i bydlení.

Pracovnice žila s maminkou, od dětství využívala ambulantní sociální služby, současně absolvovala základní i odborné vzdělání v rámci speciálního školství. Zhruba před sedmi roky maminka zemřela, krátce potom se žena provdala a porodila dítě. Zázemí našla spolu s manželem v tzv. sociálním bytě v malé obci nedaleko okresního města. S péčí o novorozené dítě ji pomáhala kamarádka zesnulé maminky. Po necelých třech letech manžel požádal o omezení způsobilosti k právním úkonům této mladé ženy, následně o rozvod a výhradní péči o dítě. Ve všech případech mu bylo vyhověno. Zanedlouho manžel dítě dal do pěstounské péče zmíněné kamarádce maminky. Pracovnice tak přišla ve velmi krátké době o dítě, rodinu, bydlení. Několik měsíců situaci řešila přespáváním u kamarádek, později se obrátila na „svůj“ stacionář. V té době nedisponovala žádnými pracovními návyky či dovednostmi, a hlavně pracovat nechtěla. Pouze z existenčních důvodů nastoupila do družstva jako pomocnice v kuchyni. Jednalo se o neúspěšný pokus o práci, který musel být po několika měsících ukončen (nechuť pracovat, časté absence apod.).

Setkali jsme se z iniciativy ženy a sociální služby – snažili jsme se mladé ženě poskytnout podporu v životní krizi. Zůstala bez zázemí, v existenční nouzi, emočně deprimovaná. Do jité míry je možné se i domnívat, že došlo ke zneužití jejího mentálního postižení. Proto jsme ji přijali do zaměstnání, (první pokus byl přes veškerou naši snahu neúspěšný) a proto jsme hledali jiné koncepční řešení.

Bohužel při začlenění pracovnice se nebylo možné opřít o její snahu řešit vlastní situaci, pracovnice byla netečná, bez zájmu, neochotná spolupracovat, neochotná k jakékoliv činnosti či aktivitě. V této fázi a následném postupu řešení byla obrovskou výhodou úzká návaznost poskytovatele sociálních sužeb a družstva jako zaměstnavatele osob se ZZ. Díky této provázanosti se nám také podařilo celou situaci postupně vyřešit.

Většinu potřebných informací jsme měli k dispozici z ambulantní sociální služby, kterou žena dlouhodobě využívala a ve které později krátce působila jako dobrovolnice. Bývalý manžel byl zpočátku ochoten komunikovat, některé otázky jsme s ním konzultovali, později jsme také několikrát hovořili s pěstounkou jejího syna. Jejich přístup však nebyl konstruktivní, jako řešení opakovaně navrhovali trvalou pobytovou sociální službu.

Sociální rehabilitaci zajišťovalo družstvo ve spolupráci s neziskovou organizací, (poskytovatelem ambulantních a pobytových sociálních služeb). Nejdříve jsme pracovnici zajistili bydlení ve službě chráněné bydlení. Po neúspěšném pokusu o zaměstnání žena začala využívat služby sociálně terapeutické dílny, která má podobu cukrárny pro veřejnost. Ani tady nebylo možné spolehnout se na její zodpovědnost či aktivitu. Dílnu zpočátku navštěvovala nárazově, dle nálady. Pod vedením sociální pracovnice a pracovnice v sociálních službách se její zapojování do jednotlivých činností postupně lepšilo. Vyhovovala jí příprava dezertů i kontakt s lidmi při obsluze v cukrárně. Pod odborným vedením si pozvolna budovala základní pracovní návyky, jistou míru odpovědnosti, smyslu pro povinnost, spolupráci apod. Zhruba po necelém roce této individuální pečlivé přípravy byla znovu přijata do pracovně právního vztahu v družstvu.

Profesní rozvoj ženy byl postaven na spolupráci se sociálními službami. Byl řešen v úzké spolupráci vedení družstva, sociálních pracovníků chráněného bydlení a sociálně terapeutické dílny. Tým také s podporou dalších odborníků (psycholog, sociální pracovník Magistrátu města PV, lékař) provedl bilanční diagnostiku. Pracovní diagnostika (orientace ženy ve své motivaci, schopnostech, dovednostech, identifikace optimálních možností jejího pracovního zařazení) do značné míry vycházela z přání a představ ženy a naší erudice. Každý člen týmu se svým dílem podílel na její pracovní inkluzi, Nyní pracuje v družstvu jako pracovnice úklidu na zkrácený pracovní úvazek 6 hodin denně.

Velmi důležitou součástí plnohodnotného profesního zařazení ženy byla pracovní asistence. Jejím prostřednictvím byla seznamována s jednotlivými pracovními povinnostmi, úkony, byly posilovány její pracovní návyky i dovednosti. Dlouhodobá pracovní asistence byla zajišťována zhruba po období jednoho roku, ale ani po tomto zapracování nemůže žena pracovat zcela samostatně (několikrát denně kolegyně zkontroluje vykonanou práci a připomene další úkoly). Přesto vnímáme její pracovní zařazení zcela úspěšné z hlediska zaměstnavatele i jí samotné (je mnohem aktivnější, orientovaná, podle vlastního vyjádření „spokojená“).

V průběhu sociální i pracovní rehabilitace ženu velmi zasahovaly změny ve vtazích se svým dítětem. Po přechodu dítěte do pěstounské péče a zjištění, že dítě oslovuje pěstounku „maminko“ a jí oslovuje „teto“ u ženy nastalo období hluboké letargie, deprese, absolutního nezájmu o cokoliv. Nelze se divit, že se to výrazně odráželo i v průběhu samotné rehabilitace. Po dohodě s pěstounkou a po schválení soudem má žena nyní možnost pravidelného setkávání s dítětem.

S podporou sociální pracovnice se snaží stanovené podmínky „svým způsobem“ plnit, stále prokazuje zájem o své dítě, chce sledovat jeho růst a vývoj.

V organizační struktuře zaměstnavatele osob se ZZ je pracovní pozice koordinátora (supervizora, sociálního pracovníka) pro kvalitu sociální a pracovní rehabilitace zaměstnanců zcela nezbytná!

*Období sociální i pracovní rehabilitace ženy trvalo zhruba čtyři roky (včetně doby jejího využívání sociálně terapeutické dílny). Bez zmiňované spolupráce zaměstnavatele osob se ZZ a sociálních služeb by v tomto konkrétním případě byl proces rehabilitace asi neúspěšný. Možné využití koordinátora družstva pro rehabilitaci by tuto dobu jistě přiměřeně zkrátilo (dosud tyto činnosti zajišťují členové vedení družstva). Momentální situace ženy je relativně stabilizovaná, její pracovní uplatnění smysluplné. Domníváme se však, že žena bude potřebovat jistou míru podpory po celý svůj život.*

*(Zaměstnavatel v Olomouckém kraji)*

**Pan A.**

Mladý muž, ve svých 29 letech bydlí se svými rodiči. Schizofrenie se u něj projevila v 15 letech, nedokončil základní vzdělání. Dlouhodobě se léčí a několik let využívá služeb sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním. V rámci této intervence došlo k určité aktivizaci, k osvojení základních pracovních dovedností a návyků, také ke zlepšení komunikace s okolím.

Profesní zaměření si zvolil klient sám, s touto zakázkou už přišel na UP. Diagnostikou prošel rozsáhlou (testy na úřadu práce, u psychologa), zřejmě potvrdily vhodnost zvoleného oboru. Potenciálního zaměstnavatele si také individuálně domluvil předem (jednalo se o příbuzného).

Před zahájením pracovní rehabilitace u nás byl klientem služeb, největší překážkou u něj bylo vyhovět specifickým potřebám vyplývajícím z onemocnění – postižení: pozornost, krátkodobé soustředění, dodržování pravidelného režimu, např. vstávání a docházky. Na rozdíl od sociální rehabilitace jsme neměli informace o zdravotní stránce léčby a rehabilitace.

V průběhu rehabilitace se projevují potíže s učením při přípravě na speciálně upravený rekvalifikačním kurzem, byl na jakémsi „pracovním zácviku“ u potenciálního zaměstnavatele (v rozsahu několika směn – je potřeba podpora sociálního pracovníka.

Nejsme s klientem téměř ve styku, ale myslíme si, že v procesu pracovní rehabilitace žádným způsobem nepokračuje a místo v oboru nezískal (slaboproudý elektrikář). V současné době se v tomto směru nic dalšího neděje, klient chodí na brigádu do stavebnictví (bourání objektů).

*Příklad neúspěšné, i když velmi komplexní, rehabilitace. Osoby s duševním postižením mají na trhu práce velmi složitou pozici, ani velmi individuální a citlivý přístup není zárukou uplatnění.*

*(zaměstnavatel ve Zlínském kraji)*

**Slečna B.**

Ve svých 23 letech žije v sociálním bytě s přítelem, nepostiženým, který nepracuje. Sama je osobou s těžkým zdravotním postižením, po těžké mozkové obrně s kvadruparézou ve spasticko – diskinetické formě. Je absolventkou dvouleté praktické školy. Rodinné zázemí má velice složité, maminka zemřela, s otcem a se sestrou se nestýkají. Klientku kontaktovali sami pracovníci ÚP v okresním městě, přes sociální pracovnici MÚ. S klientkou jsme navázali kontakt, veškeré informace jsme získali jen od ní a od sociální pracovnice příslušného městského úřadu, s níž jsme ve stálém kontaktu.

Po dvou jednáních na úřadu práce i za přítomnosti sociální pracovnice byl dohodnut individuální plán pracovní rehabilitace, na základě ergodiagnostiky byl zvažován rekvalifikační kurz „základy práce s PC“. Na základě výsledků ergodiagnostického vyšetření již nastoupila klientka do rekvalifikačního kurzu. Podle výsledku bude možno rozhodnout o dalších krocích, případně již o zaměstnání na zkoušku.

Po celou dobu byl proces založen na velmi důvěrné komunikaci, osobních jednáních, navázání kontaktu a důvěry, vnímání a pochopení specifických potřeb a zájmů klientky. Cílem IPPR (individuálního plánu pracovní rehabilitace) bylo ergo diagnostické vyšetření a rekvalifikační kurz Základy obsluhy PC. Klientka obojí absolvovala, nyní bude zvažovat přechod do evidence jako uchazečka – s případnou možností příspěvku na pracovní místo.

A další podpora? Vše v rámci pracovní rehabilitace – tj. individuální a citlivý přístup, technická – podpora při rekvalifikaci, zdravotní – možno brát samotné ergo vyšetření, které klientce naznačuje reálné možnosti.

*Příklad je důkazem nezbytného navázání osobní důvěry, pochopení specifických potřeb klientky, značnou roli pro sebedůvěru a motivaci zjevně hraje i osobní zázemí.*

*(Zaměstnavatel ve Zlínském kraji)*

1. **Shrnutí**

***Potřeba právní úpravy koordinace rehabilitace vyplývá z hlubokých změn, k nimž došlo v konzumně založené společnosti v posledním období. Přirozené společenské a rodinné vazby je nutno nahradit institucionálně. Institucionální přístup má své vnitřní bariéry – již samotné dělení na čtyři fáze rehabilitace je v této souvislosti kontraproduktivní.***

***Nesporně existuje vůle a společenská objednávka účinného řešení koordinace rehabilitace.***

***V jednání je již nejméně čtvrtý návrh věcného řešení koordinace od roku 1998 z dílny MPSV ČR. To však nese ze zákona odpovědnost a kompetence pouze za dvě fáze rehabilitace, i když klíčové. Návrh je postaven na institucionálním řešení. Deklaruje propojení a návaznost s procesy ostatními, s nimiž má být v synergii nebo v kombinaci. Postrádá však návrh úprav, které budou zavazovat spolupracující instituce zdravotní, sociální a vzdělávací ke spolupráci na systému.***

***Výběr ČSSZ jako nositele koordinační role má svou logiku, správce sociálního pojistného systému má motiv a odpovědnost usilovat o minimalizaci jednoho z největších výdajů státního rozpočtu. Návrh však zatím postrádá praktické vymezení kompetencí (a výkonných multidisciplinárních kapacit), které mohou skutečně a efektivně ovlivnit včasnost, účelnost a optimální průběh rehabilitace ve všech jejích fázích. Není zcela zřejmé a jasné, jak bude možno navržené kompetence prakticky uplatňovat. Návrh v této fázi neřeší oběh informací, který v době digitalizace může být velmi důležitým prvkem pro zvýšení efektivnosti a objektivity procesu rehabilitace. Informace nemohou nahradit důvěru a individuální přístup.***

***Nesporně existuje snaha kultivovat a zvyšovat efektivnost d í l č í ch fází rehabilitace OZP, která ukazuje i první výsledky. Příkladem může být snaha vytvořit více prostupný systém sociální a pracovní rehabilitace. Zatím jen velmi těžko lze odhadovat přínos změn v oblasti inkluzivního (primárního) vzdělávání. V oblasti pracovní rehabilitace chybí zapojení společensky odpovědných zaměstnavatelů do počátečních fází, samozřejmě bez zbytečné administrativy a ztrát času. V roce 2018 již lze očekávat přínos systémového projektu v gesci Úřadu práce ČR.***

***Trvalou pozornost je nutno věnovat názorné a praktické osvětě, založené především na dobrých příkladech, v níž zatím státní správa zaostává za sociálními partnery.***

1. **Přílohy a odkazy**

**Příloha 1: Přehled právních předpisů relevantních pro oblast rehabilitace OZP (40 stran)**

**Příloha 2: Návrh věcného řešení koordinace rehabilitace 2017 (21 stran)**