UČEBNÍ TEXTY
UNIVERZITY KARLOVY

SOCIÁLNÍ A PRACOVNÍ REHABILITACE

Petra Sládková

KAROLINUM

Sociální a pracovní rehabilitace

Petra Sládková

———

Recenzovali:
doc. Mgr. Jiří Kantor, Ph.D.
PhDr. Markéta Gerlichová, Ph.D.

Vydala Univerzita Karlova
Nakladatelství Karolinum
Praha 2026
Redakce Alena Jirsová
Sazba DTP Nakladatelství Karolinum
Druhé, upravené vydání

© Univerzita Karlova, 2026
© Petra Sládková, 2026

ISBN 978-80-246-6486-6
ISBN 978-80-246-6487-3 (pdf)



Univerzita Karlova
Nakladatelství Karolinum 2024

www.karolinum.cz
ebooks@karolinum.cz

OBSAH

ÚVOD 7

1. REHABILITACE JAKO CELOSPOLEČENSKÝ PROCES 9
1.1 Definice, filozofie a terminologie v rehabilitaci 9
1.2 Prostředky, zásady, obory v rehabilitaci 10
1.2.1 Prostředky rehabilitace 10
1.2.2 Hlavní zásady rehabilitace 11
1.2.3 Vybrané obory rehabilitace a jejich stručná charakteristika 13
1.3 Prevence a diagnostika v rehabilitaci 15
1.3.1 Prevence v rehabilitaci 15
1.3.2 Diagnostika v rehabilitaci 16
1.4 Základní terapeutické nástroje v rehabilitaci 17
1.4.1 Techniky manuální medicíny 17
1.4.2 Prostředky fyzikální medicíny 18
1.4.3 Moderní technologie 18

2. FUNKČNÍ HODNOCENÍ V REHABILITACI, VYBRANÉ NÁSTROJE 19
2.1 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) 20
2.1.1 Tělesné funkce (b) 22
2.1.2 Tělesné struktury (s) 22
2.1.3 Aktivity a participace (d) 23
2.1.4 Faktory prostředí (e) 24
2.1.5 MKF klinické formuláře 25
2.1.6 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) a její využití při posuzování v systému sociálního zabezpečení 28
2.2 WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule) 29

3. SOCIÁLNÍ REHABILITACE 35
3.1 Vymezení a pojetí sociální rehabilitace 35
3.2 Sociální pracovník 35
3.2.1 Sociální šetření 36
3.3 Sociální služby 39
3.3.1 Sociální poradenství 39
3.3.2 Služby sociální péče 39
3.3.3 Služby sociální prevence 40
3.3.4 Zařízení sociálních služeb 40
3.3.5 Formy a typy sociálních služeb 41

4. ERGODIAGNOSTIKA (PŘEDPRACOVNÍ REHABILITACE) 43

5. PRACOVNÍ REHABILITACE 52

6. SYSTÉM SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ V ČESKÉ REPUBLICE 57
6.1 Systém sociálního pojištění 57
6.2 Systém státní sociální podpory 58
6.2.1 Přídavek na dítě 58
6.2.2 Příspěvek na bydlení 59
6.2.3 Porodné 59
6.2.4 Rodičovský příspěvek 59
6.2.5 Pohřebné 59
6.3 Systém sociální pomoci 60
6.3.1 Dávky v hmotné nouzi 60
6.3.1.1 Příspěvek na živobytí 60
6.3.1.2 Doplatek na bydlení 60
6.3.1.3 Mimořádná okamžitá pomoc 61
6.3.2 Dávky sociální péče 61
6.3.2.1 Příspěvek na péči 61
6.3.2.2 Příspěvek pro zdravotně postižené 61
6.3.3 Superdávka 61

7. LÉKAŘSKÁ POSUDKOVÁ SLUŽBA, POSUDKOVÝ LÉKAŘ 63

8. SOCIÁLNÍ POJIŠTĚNÍ 69
8.1 Nemocenské pojištění 69
8.1.1 Nemocenské 70
8.1.2 Peněžitá pomoc v mateřství (mateřská) 72
8.1.3 Dávka otcovské poporodní péče (otcovská) 73

8.1.4 Ošetřovné 73
8.1.5 Dlouhodobé ošetřovné 74
8.1.6 Vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství 74
8.2 Důchodové pojištění 74
8.2.1 Starobní důchod (SD) 75
8.2.2 Invalidní důchod (ID) 76
8.2.3 Vdovský a vdovecký 80
8.2.4 Sirotčí důchod 80

9. NEPOJISTNÉ SYSTÉMY 82
9.1 Stanovení stupně závislosti u příspěvku na péči 83
9.2 Průkaz osoby se zdravotním postižením (OZP) 88
9.2.1 Průkaz OZP označený symbolem TP 89
9.2.2 Průkaz OZP označený symbolem ZTP 90
9.2.3 Průkaz OZP označený symbolem ZTP/P 91
9.3 Příspěvek na mobilitu 94
9.4 Příspěvek na zvláštní pomůcku 95

Seznam literatury 102
Použité zkratky 105

ÚVOD

Rehabilitace je klinický obor, který je často chápán pouze jako léčení bolestí zad, ale jde o dlouhodobý interprofesní individuálně zaměřený a koordinovaný celospolečenský proces.

Někdy se říká, že rehabilitace vlastně začíná již po narození a končí s odchodem jedince.

Hovoří se o biopsychosociálním modelu v rehabilitaci, kde je zásadní premisou objektivní zhodnocení dopadu postižení na fungování jedince.

Cílem rehabilitační intervence je dosažení maximální možné funkční schopnosti, optimální kvality života a soběstačnosti osoby s postižením. Pokud postižení trvale a výrazně limituje běžný život, je nutné poskytnout těmto osobám maximální možnou míru podpory. Podpora může mít rozličnou podobu, mohou to být léky, pomůcky pro mobilitu, vzdělávání, práce, ale i pomoc druhé osoby.

Tato publikace se zaměřuje zejména na sociální a pracovní aspekty rehabilitace.

Možnost účastnit se společenského života, věnovat se svým zálibám a zapojit se do práce je to, co činí člověka skutečně zdravým. Již definice zdraví podle WHO z roku 1946 uvádí, že zdraví je stav tělesné, duševní a sociální pohody.

V rehabilitaci často vídáme pacienty, kteří mají opravdu těžké až velmi těžké postižení, ale díky obrovské motivaci jsou schopni se stát i výdělečně činnými, a dokonce sportovat.

Jak vždy uváděla moje vzácná učitelka paní prof. MUDr. Olga Švestková, Ph.D., opravdu neexistuje rovnítko mezi tíží postižení a schopností pracovat.

Systém sociálního zabezpečení, který poskytuje různé typy dávek a služeb, je pro běžného občana často velkou neznámou. Lidé se obávají požádat si o nějakou formu podpory z obavy ze ztráty soukromí, opakovaných lékař-

ských vyšetření i délky celého schvalovacího procesu. Nejen zdravotníci, ale i pracovníci v sociální sféře mohou svým klientům přinést cenné informace o možnostech, které sociální systém nabízí, a zbavit je zbytečných obav z neúspěchu. Ne nadarmo se rehabilitace označuje jako pomyslný most mezi zdravotním a sociálním systémem.

Milí studenti a kolegové, pokud díky této učebnici budete schopni poradit a pomoci alespoň jednomu svému pacientovi nebo pacientce, pak jsem zcela naplnila svůj záměr.

Napsáno s hlubokou vděčností, úctou a pokorou k nám všem, kdo se snažíme odstraňovat bariéry a podávat pomocnou ruku tomu, kdo ji aktuálně potřebuje.

Petra Sládková

1. REHABILITACE JAKO CELOSPOLEČENSKÝ PROCES

1.1 Definice, filozofie a terminologie v rehabilitaci

Rehabilitace jako celospolečenský proces zaznamenal v průběhu doby výrazný vývoj až doslova revoluci, která úzce souvisí se změnou v postoji společnosti k osobám s postižením.

Historická nelichotivá označení typu mrzák, invalida, handicapovaná osoba se postupem doby doslova přerodila do termínu osoby s postižením. Nejnovější vývoj v přístupu k osobám s postižením vedl dokonce až ke vzniku termínu *disabiling situation*, tedy znevýhodňující situaci (Pfeiffer 2014). V tomto označení vlastně zcela mizí samo postižení, zůstává pouze situace, která danou osobu limituje, například osoba na vozíku schody bez pomoci sama nepřekoná.

Rehabilitace se často označuje jako spojovací most mezi zdravotnickým a sociálním systémem, a na tom je jistě mnoho pravdy.

Podle prof. Pfeiffera (2014) je rehabilitace kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik a/nebo přecvičení jedince k nejvyšší možné funkční schopnosti. Rehabilitace se dá popsat řadou různých dalších definic, ale všechny se shodují v hlavním cíli, a tím je dosažení maximální možné funkční schopnosti, optimální kvality života a soběstačnosti.

Pohled na jedince v rámci rehabilitace je vždy komplexní, nemůžeme se spokojit s pouhou etiologickou diagnózou, která konstatuje a popisuje, o jaký typ onemocnění se jedná (např. mozková příhoda, demence, vertebrogenní algický syndrom, zlomenina).

Závažné onemocnění nebo úraz má vždy dopad na celkové fungování jedince v rámci běžných denních aktivit, na jeho pracovní schopnosti, ekonomickou situaci i sociální začlenění.

Při poruše na úrovni struktury (*impairment*) dochází ke změnám morfologickým i funkčním, protože platí, že orgán vytváří funkci a funkce tvoří orgán. Vzniklá porucha může mít různou podobu, rozsah i trvání, ale postupem času dochází k omezování v provádění běžných denních činností, vzniká *disabilita* (Lippertová-Grünerová 2005).

Disabilita se chápe jako snížení funkčních schopností na úrovni těla jedince nebo společnosti, která vzniká, když se zdravotní stav konfrontuje se bariérami prostředí.

Dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví je nutné v rámci diagnosticko-terapeutického procesu pacientovi poskytnout nezbytné pomůcky (facilitátory) a pokusit se minimalizovat, redukovat nejvýznamnější bariéry (WHO 2011).

Tato klasifikace významně doplňuje etiologickou diagnózu dle MKN (Mezinárodní klasifikace nemocí) o funkční pohled, který se promítá do každodenního života osob s různým typem postižení.

1.2 Prostředky, zásady, obory v rehabilitaci

1.2.1 Prostředky rehabilitace

V rehabilitaci se hovoří o 4 základních prostředcích:

- léčebná rehabilitace (rehabilitace ve zdravotnictví),
- sociální rehabilitace,
- pedagogicko-výchovná,
- pracovní rehabilitace.

Léčebná rehabilitace (nověji a lépe **rehabilitace ve zdravotnictví**) je soubor diagnosticko-terapeutických postupů s cílem aktivizovat funkční potenciál osob s různým typem postižení.

Rehabilitace ve zdravotnictví je zajišťovaná zdravotnickými zařízeními – rehabilitačními klinikami, rehabilitačními ústavy, lázeňskými provozy ve formě ambulantní nebo lůžkové.

V rámci rehabilitace se nikdy nejedná o pasivní péči (např. masáže), ale jde o aktivaci celkového funkčního potenciálu osob s postižením.

Sociální rehabilitace je soubor činností zaměřených na nácvik a rozvoj dovedností potřebných pro samostatný život a soběstačnost potřebných osob.

Pedagogicko-výchovná rehabilitace je soubor specifických pedagogických činností zaměřených na rozvoj osobnosti, podporu vzdělávání dětí, mládeže, ale i dospělých osob se zdravotním postižením.

Pracovní rehabilitace je soubor činností, které se zaměřují na získání a udržení konkrétní pracovní pozice, a je plně v kompetenci místně příslušné krajské pobočky Úřadu práce ČR (Kolář 2009).

1.2.2 Hlavní zásady rehabilitace

Rehabilitace by měla probíhat v souladu se 7 hlavními zásadami, a tedy být:

- interprofesní,
- časná,
- intenzivní,
- dlouhodobá,
- individuální,
- koordinovaná,
- dostupná.

Interprofesní rehabilitační tým

Naprosto zásadní je v rehabilitaci úzká spolupráce mezi jednotlivými členy interprofesního (multidisciplinárního) rehabilitačního týmu.

Kdo tvoří interprofesní rehabilitační tým, který se stále rozrůstá o další odbornosti?

Vedoucím týmu je lékař se specializací v oboru rehabilitační a fyzikální medicína, který provádí diferenciální diagnostiku, indikuje na základě výsledků svého klinického vyšetření, která konkrétní odbornost se bude pacientovi věnovat, jaké terapeutické prostředky bude využívat.

Členy rehabilitačního týmu jsou: fyzioterapeuti, ergoterapeuti, neuropsychologové, kliničtí logopedi, sociální pracovníci, speciální pedagogové, ošetřovatelský personál.

Dále se na práci týmu podílí protetik, nutriční terapeut, adiktolog, muzikoterapeut, taneční terapeut, biomedicínský inženýr apod.

Kompetence jednotlivých zdravotnických odborníků vymezuje *vyhláška č. 391/2017, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*.

Časná rehabilitace

Pro dosažení co nevyššího terapeutického efektu by se s rehabilitační intervencí mělo začínat již na akutních lůžkách, samozřejmě pouze vždy se svolením ošetřujícího lékaře. Pro zahájení vlastní terapie není nutné, aby byl pacient při vědomí, existuje řada speciálních technik, terapeutických přístupů, které lze aplikovat i u minimálně spolupracujícího pacienta (např. prvky bazální stimulace, Vojtovy reflexní lokomoce).

Intenzivní rehabilitace

Při zahájení terapie i v jejím průběhu je nezbytné respektovat časný nástup únavy, která zejména při poškození centrální nervové soustavy hraje klíčový faktor při volbě intenzity terapie. Obecně platí, že čím je pacient mladšího věku, tím intenzivnější a náročnější by měl být jeho rehabilitační program.

Dlouhodobá rehabilitace

Zásadní limitací a hnacím motorem v rehabilitaci je čas. Pokud se pacient v rámci terapií stále funkčně zlepšuje a je pozitivně motivován pro spolupráci, mělo by se ve společné týmové práci pokračovat. Pokroky pacientů při provádění běžných denních činností jsou během terapií sledovány, měřeny a průběžně vyhodnocovány celým rehabilitačním týmem.

Výsledky aplikovaných funkčních testů slouží nejen jako podklad pro hodnocení efektu rehabilitace, ale jsou zároveň argumentem pro plátce rehabilitace, že má smysl v terapii pokračovat.

Individuální rehabilitace

Zahájení, průběh i ukončení rehabilitace je nutné detailně konzultovat s rodinou pacientů a jejich rodinnými příslušníky. Rodina je pro celý tým zásadním a respektovaným partnerem, který se musí aktivně zapojit do terapií, aby byla zajištěna kontinuita rehabilitace i v domácím prostředí. Rodina je i důležitým zdrojem informací o pacientovi, které nám pacient nemůže a někdy ani nechce sdělit. Každý rehabilitační program se musí sestavovat zcela individuálně se znalostí aktuálních potřeb, přání a možností pacientů. Jiné potřeby bude mít vysokoškolský profesor, který bude klást důraz na své vyjadřovací a kognitivní schopnosti, které jsou jeho pracovním nástrojem, než například pokrývač, pro kterého bude zásadní stabilita a stav jeho motorických funkcí apod.

Klíčová je komunikace s pacienty, rodinou i mezi jednotlivými členy týmu. Každý nesoulad se musí řešit co nejdříve, aby se minimalizoval dopad na samotnou rehabilitaci pacienta.

Koordinovaná rehabilitace

Za jeden z největších problémů rehabilitace v České republice je neexistence systémově koordinované rehabilitace.

Pacienti putují mezi různými typy rehabilitačních zařízení, hovoří se o tzv. „rehabilitační turistice". Nezřídka pacienti řadu měsíců stráví v rehabilitačních zařízeních podobného typu, kde se vždy na začátku pobytu opakují stejná vstupní vyšetření, sestavuje se znovu optimální terapeutický program. Je jistě nasnadě si představit, o co efektivnější by byl delší pobyt v jednom zařízení, kde by se postupovalo cíleně s důkladnou znalostí aktuálních funkčních obtížích pacientů.

Dostupná rehabilitace

Řada pacientů, kteří podstupují rehabilitaci, považují za největší problém nedostatek informací o její dostupnosti, formě a způsobu úhrady. Často je tedy začátek rehabilitace spojen se schopností rodinných příslušníků dostat se včas k informacím o adekvátní rehabilitační intervenci. Rehabilitační zařízení někdy odmítají pacienty z obavy, že péče o ně bude náročná. Problém s odmítáním péče o těžce a zvlášť těžce postižené pacienty by vyřešila změna způsobu úhrady péče, kdy by naopak péče o tyto pacienty byla bonifikována (zvýhodněna).

1.2.3 Vybrané obory rehabilitace a jejich stručná charakteristika

Fyzioterapie

Fyzioterapie je obor zdravotnické činnosti zaměřený na diagnostiku a terapii funkčních poruch pohybového aparátu. Fyzioterapie svými specifickými prostředky zasahuje tam, kde jsou pohyb a ostatní fyzické i psychické funkce ohroženy procesem stárnutí, zraněním, nemocí nebo vrozenou vadou. Cílem fyzioterapie je zachování a obnovení optimální funkce pohybového systému.

Ergoterapie

Ergoterapie je obor zdravotnické činnosti zajišťující preventivní, diagnostickou, léčebnou, rehabilitační a paliativní péči v oboru ergoterapie.

Ergoterapie provádí zejména ergoterapeutická vyšetření, stanovuje optimální varianty a kombinace ergoterapeutických postupů a metodik v individuální i skupinové ergoterapii s cílem zlepšit funkční schopnosti a provádění běžných denních činností osoby, a to jak ve zdravotnických, tak sociálních zařízeních i ve vlastním sociálním prostředí osoby. Ergoterapie využívá zaměstnávání, tedy smysluplné činnosti, jako prostředku terapie.

Klinická psychologie v rehabilitaci

Klinická psychologie je odvětví psychologie, které se zabývá diagnostikou, prevencí a terapií duševních obtíží či poruch. V rámci diagnostiky klinický psycholog mapuje úroveň kognitivních funkcí (paměť, pozornost, exekutivní, řečové a zrakově-prostorové funkce) či intelektu, popisuje osobnostní rysy a další psychické funkce. Dle výsledků psychologického vyšetření je nastavena podoba následné péče. V kognitivní rehabilitaci ve spolupráci s dalšími odbornostmi je cílem zlepšení úrovně kognitivních funkcí. Psychoterapeutická péče pomáhá vyrovnávat se s nepříjemnými stavy, které mohou somatické obtíže přinášet (např. úzkostně-depresivní ladění), a zároveň pracovat na porozumění sobě samému. Cílem klinicko-psychologické péče je zlepšení kvality života jedince.

Klinická logopedie v rehabilitaci

Klinická logopedie je nelékařský zdravotnický obor, který se zabývá prevencí, diagnostikou a terapií celého spektra narušené komunikační schopnosti, vývojových i získaných poruch, dětského, dospělého i seniorského věku. Předmětem zájmu klinické logopedie jsou také související primární funkce orofaciálního traktu a jejich narušení, především dysfagie. Cílem logopedické intervence je obnova a zlepšení komunikační schopnosti a polykání, rehabilitace poškozených řečových či jazykových funkcí, poruch polykání, nebo v případě neurodegenerativních onemocnění dlouhodobé udržení co nejlepšího stavu komunikačních schopností a polykání.

Speciální pedagogika

Speciální pedagogika je relativně mladá vědní disciplína, která se uplatňuje nejen v oblasti školství, ale i zdravotnictví a sociální sféry.

Zabývá se vzděláváním, výchovou a celkovým rozvojem osob s jakýmkoliv zdravotním znevýhodněním, od narození do konce života člověka. Tradičně se tento obor člení podle typu disability (tyflopedie, surdopedie,

Vážení čtenáři, právě jste dočetli ukázku z knihy ***Sociální a pracovní rehabilitace*.**
Pokud se Vám ukázka líbila, na našem webu si můžete zakoupit celou knihu.