

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ergoterapie pro dospělé



Bc. Barbora Novotná

**Dostupnost ergoterapeutické péče po ukončení ústavní hospitalizace
u pacientů po získaném poškození mozku**

Availability of Occupational Therapy Care in Patients with Acquired Brain
Injury after Discharge from a Rehabilitation Center

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Kristýna Hoidekrová, Ph.D.

Praha, 2024

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí diplomové práce, PhDr. Kristýně Hoidekové, Ph.D., za předání odborných zkušeností, znalostí a podpoře ve studiu.

Další poděkování patří Ing. Mie Radové za konzultace, rady a připomínky se statistickou částí diplomové práce.

Dále bych chtěla poděkovat kolegyním ergoterapeutkám a ergoterapeutovi z Rehabilitačního ústavu Kladruby, kteří mě po celou dobu podporovali.

Také bych chtěla poděkovat Ing. Dominikovi Paulů za podporu ve studiu a objevení ergoterapeutické profese.

V neposlední řadě patří poděkování rodině a všem blízkým, kteří mě podporovali a motivovali během studia.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité literární zdroje. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

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

V Praze, 30. 4. 2024

Barbora Novotná

.....

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

NOVOTNÁ, Barbora. *Dostupnost ergoterapeutické péče po ukončení ústavní hospitalizace u pacientů po získaném poškození mozku. [Availability of Occupational Therapy Care in Patients with Acquired Brain Injury after Discharge from a Rehabilitation Center]*. Praha, 2024. 142 s., 8 příloh. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí diplomové práce Kristýna Hoidekrová.

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno, příjmení: Bc. Barbora Novotná

Vedoucí práce: PhDr. Kristýna Hoidekrová, Ph.D.

Název diplomové práce: Dostupnost ergoterapeutické péče po ukončení ústavní hospitalizace u pacientů po získaném poškození mozku

Abstrakt diplomové práce:

V současné době neexistuje ambulantní péče, která by plynule navázovala na komplexní lůžkovou péči a zajišťovala dostupnost specializované neurorehabilitace ve všech potřebných oblastech (ergoterapie, fyzioterapie, logopedie a psychologie).

Hlavním cílem práce bylo zhodnocení dostupnosti ergoterapeutické péče po ukončení ústavní hospitalizace u pacientů po získaném poškození mozku v Rehabilitačním ústavu Kladruby v rámci Kranioprogramu a vytvoření aktuálního seznamu smluvních poskytovatelů zdravotních služeb pro ambulantní ergoterapii v České republice pro dospělé.

Diplomová práce využívala dotazníkové šetření, které proběhlo na 50 respondentech, kteří se účastnili Kranioprogramu v Rehabilitačním ústavu Kladruby. Průměr věku byl 53,4 (SD ± 15,1) let a účastnilo se 14 žen a 36 mužů. Dále byl zpracován seznam smluvních poskytovatelů zdravotních služeb pro ambulantní fyzioterapii, ergoterapii, logopedii, psychologii u jednotlivých pojišťoven.

Výsledky dat ukazují, že 32 respondentů dochází alespoň na 1 ambulantní rehabilitaci během prvního měsíce po ukončení ústavní hospitalizace z toho 5 respondentů dochází na ambulantní ergoterapii. Nepodařilo se prokázat spojitost mezi počtem obyvatel a docházkou na ambulantní rehabilitaci, sníženou docházkou u starších jedinců s porovnáním mladších a absenci ergoterapeutické intervence převážně z důvodu její nedostupnosti. Analýza dat ukázala, že 66 zařízení poskytuje ergoterapeutickou ambulantní péči pro dospělé. Největší dostupnost poskytují pojišťovny VZP (n = 57) a OZP (n = 57).

V České republice není rovnoměrně zajištěna ambulantní ergoterapeutická péče v jednotlivých krajích. Zároveň se ukázalo nerovnoměrné zastoupení rehabilitačních odborností (ergoterapie, fyzioterapie, logopedie, psychologie) u pojišťoven. Důvody absence ergoterapeutické intervence nepocházejí pouze z nedostupnosti péče, ale jsou multifaktoriální.

Klíčová slova: dostupnost, ambulantní péče, ergoterapie, cévní mozková příhoda, získané poškození mozku

Title: Availability of Occupational Therapy Care in Patients with Acquired Brain Injury after Discharge from a Rehabilitation Center

Abstract:

At present, there is no standardised outpatient care that would be seamlessly linked to complex inpatient care and ensure the availability of specialised neurorehabilitation in all necessary areas (occupational therapy, physiotherapy, speech therapy and psychology).

The main aim of the study was to evaluate the availability of occupational therapy care after discharge from a rehabilitation center after acquired brain injury at the Rehabilitation Institute Kladruby within the Cranioprogram and to create a current list of contracted health care providers for outpatient occupational therapy in the Czech Republic for adults.

A questionnaire survey was used in the study, which was conducted on 50 respondents who participated in the Cranioprogram at the Rehabilitation Institute Kladruby. The mean age was 53, 4 (SD \pm 15, 1) years and 14 women and 36 men participated. A list of contracted health service providers for ambulatory physiotherapy, occupational therapy, speech therapy and psychology was requested from individual insurance companies.

The data results show that 32 respondents attend at least 1 outpatient rehabilitation during the first month after the end of inpatient hospitalization, of which 5 respondents attend outpatient occupational therapy. We were unable to demonstrate an association between population size and attendance at outpatient rehabilitation, reduced attendance in older individuals compared with younger individuals, and the absence of occupational therapy intervention largely due to its unavailability. Data analysis showed that 66 facilities provide occupational therapy outpatient care for adults. The greatest availability is provided by insurance companies VZP (n = 57) and the OZP (n = 57).

In the Czech Republic, outpatient occupational therapy care is not evenly provided in the different regions. At the same time, there was uneven representation of rehabilitation specialties (occupational therapy, physiotherapy, speech therapy, psychology) by insurance companies. The reasons for the absence of occupational therapy intervention are multifactorial than mainly from the unavailability of its care.

Key words: Availability, Outpatient, Occupational Therapy, Stroke, Acquired Brain Injury

OBSAH

1	ÚVOD	1
2	TEORETICKÁ ČÁST	3
2.1	Získané poškození mozku	3
2.2	Neurorehabilitace u osob po získaném poškození mozku	4
2.3	Doporučené postupy po ukončení ústavní hospitalizace v České republice a v zahraničí	5
2.3.1	Česká republika a Spolková republika Německo.....	6
2.3.2	Španělsko	9
2.3.3	Kanada.....	9
2.3.4	Austrálie a Nový Zéland	10
2.3.5	Spojené království Velké Británie, Severního Irska a Irské republiky	12
2.3.6	Spojené státy americké.....	13
2.4	Kranioprogram v České republice.....	14
2.5	Možnosti ambulantní ergoterapie po ukončení hospitalizace v České republice.....	15
2.5.1	Denní stacionáře pro pacienty po získaném poškození mozku v ČR	16
2.5.2	Ostatní zařízení věnující se pacientům po získaném poškození mozku.....	16
2.5.3	Terénní služby	18
2.5.4	Domácí zdravotní péče a současný stav ergoterapie	19
2.5.5	FT Poukaz a indikace ambulantní ergoterapeutické péče	19
2.6	Faktory ovlivňující rehabilitaci u pacientů po získaném poškození mozku	21
2.6.1	Věk a pohlaví	21
2.6.2	Neuroplasticita mozku a mechanismus vzniku cévní mozkové příhody	22
2.6.3	Kognitivní deficity	22
2.6.4	Únava	23
2.6.5	Životní styl a diabetes mellitus.....	23
2.6.6	Změněný svalový tonus.....	24
2.6.7	Komunikace, afázie a socio-enviromentální vztahy	24
2.6.8	Motivace.....	25
2.6.9	Pandemie covid-19 a jiná infekční onemocnění	25

2.7	Faktory ovlivňující ambulantní ergoterapii.....	26
2.8	Telerehabilitace a distanční terapie	28
2.9	Case management v rehabilitaci.....	29
3	PRAKTICKÁ ČÁST.....	31
3.1	Cíle práce.....	31
3.2	Metodologie diplomové práce.....	32
3.2.1	Zpracování teoretických východisek.....	32
3.2.2	Typ práce.....	32
3.2.3	Výzkumný soubor	32
3.2.4	Popis výzkumného vzorku	33
3.2.5	Metody tvorby dat	35
3.2.6	Popis postupu v rámci dotazníkového šetření	36
3.2.7	Popis postupu k získání aktuálního seznamu ergoterapeutických ambulantních zařízení v České republice.....	39
3.2.8	Metody zpracování a analýzy výsledků v rámci vytvoření aktuálního seznamu ergoterapeutických ambulantních zařízení v České republice	39
3.2.9	Metody zpracování a analýzy výsledků z dotazníkového šetření	40
3.3	Výsledky.....	42
3.3.1	Výsledky k hypotézám	42
3.3.2	Výsledky z dotazníkového šetření.....	47
3.3.3	Výsledky z aktuálního seznamu ergoterapeutických ambulantních zařízení v České republice	54
4	DISKUSE	57
4.1	Diskuse k metodologii práce	57
4.2	Diskuse k výsledkům dotazníkového šetření a vytvořenému ergoterapeutickému seznamu.....	58
4.3	Limitace práce a doporučení pro další výzkum	67
5	ZÁVĚR.....	69
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	71

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	94
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	96
SEZNAM TABULEK	97
SEZNAM GRAFŮ.....	98
SEZNAM PŘÍLOH.....	99

1 ÚVOD

Ergoterapeutická profese si prošla a stále prochází dynamickým vývojem. V současné době ergoterapie zasahuje do sociální i zdravotní sféry, má heterogenní pacienty či klienty. Ergoterapeut může pracovat v různém typu zařízení, s pestrými diagnózami a na rozmanitých postech (Česká asociace ergoterapeutů, 2024a; Krivošíková, 2011).

Ergoterapeut je řádným členem interdisciplinárního týmu a to zejména pokud se jedná o neurorehabilitaci a péči o pacienty po získaném poškození mozku. V posledních letech se výrazně zvýšila prevalence cévního onemocnění mozku. Statistiky poukazují na postupné snížení mortality především díky rozvoji moderního lékařství. V České republice v roce 2021 zemřelo na cévní nemoci mozku 3 105 obyvatel a v roce 2011 zemřelo 10 803 obyvatel (Feigin et al., 2021; Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021). Získané poškození mozku postihuje nejen starší generaci, ale i tu mladší (Queensland Government, 2022; Berková a Berka, 2018). Obecně v České republice neexistují jednotné a standardizované postupy pro rehabilitační léčbu pacientů po získaném poškození mozku. Existují doporučené postupy, které se mohou lišit obsahem, ale základní složky zůstávají stejné. Například kladou důraz na včasnou rehabilitaci se zaměřením na interprofesní spolupráci (Platz, 2021; Teasell et al., 2020; Grünerová-Lippertová, 2012). Doporučené postupy jsou převážně zaměřené na nemocniční a ústavní péči. Ambulantní rehabilitace, která by měla zajišťovat kontinuitu péče a to především, když není naplněn rehabilitační cíl, je zmiňována minimálně (Noé et al., 2024; Winstein et al., 2016).

Celosvětově se neustále mění struktura poskytování zdravotní péče. Konkrétně v České republice se v roce 2019 navýšil počet rehabilitačních ústavů na 16 zařízení se souhrnným počtem přes 2 400 lůžek. O pomalém zvyšování dostupnosti ambulantní ergoterapeutické péče značí i rozvoj ergoterapeutických ambulancí. V roce 2007 pracovalo v ergoterapeutických ambulancích 213 ergoterapeutů a k roku 2019 se počet vyšplhal na 293 (Míková a Kučerová, 2023).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2010) se snažilo o standardizaci akutní péče u pacientů po cévní mozkové příhodě. Vytvořily se tak 3 stupně péče – komplexní cerebrovaskulární centra (KCC), iktová centra (IC) a ostatní cerebrovaskulární péči. KCC a IC jsou určeny pro pacienty v akutním stavu a jsou koordinovány jednotkou intenzivní péče. Ostatní cerebrovaskulární centra zajišťují akutní, následnou, ale i ambulantní zdravotní péči, která není specifičtěji definována. Tohoto nedostatku si všiml jako jeden z prvních

Rehabilitační ústav Kladruby, který spustil v roce 2015 pilotní projekt, který se osvědčil a funguje do současné doby (Rehabilitační ústav Kladruby, 2024; Pětioký et al., 2019).

I přes tento počín však stále v České republice neexistuje ambulantní péče, která by kontinuálně navazovala na komplexní lůžkovou péči a zajišťovala tak specializovanou neurorehabilitaci v oblastech jako je ergoterapie, fyzioterapie, logopedie a psychologie.

Pacient přichází po získaném poškození mozku z nemocniční či domácí péče na intenzivní rehabilitaci do Kranioprogramu (v Rehabilitačním ústavu Kladruby), který trvá přibližně 3 měsíce. Po ukončení ústavní rehabilitace (Kranioprogramu) by se měl pacient ideálně vracet do domácího prostředí se závěrečnou zprávou doporučující ambulantní rehabilitaci od jednotlivých odborností na základě výstupního vyšetření. Z klinické praxe je zřejmé, že není zcela jisté, zda pacient na základě doporučení na ambulantní rehabilitaci dochází či se mu podařilo ambulantní péči zajistit.

Z tohoto důvodu bylo hlavním cílem práce zhodnotit dostupnost ergoterapeutické péče po ukončení ústavní hospitalizace u pacientů po získaném poškození mozku v Rehabilitačním ústavu Kladruby v rámci Kranioprogramu a vytvořit aktuální seznam smluvních poskytovatelů zdravotních služeb pro ambulantní ergoterapii v České republice pro dospělé pro zlepšení dostupnosti její ambulantní péče a zajistit tak rehabilitační kontinuitu. Dílčím cílem je též snaha o zvýšení povědomí o samotné ergoterapii a ergoterapeutických ambulancích v České republice.

Praktická část práce byla realizována pomocí dotazníkového šetření s 50 respondenty po získaném poškození mozku, kteří prošli specializovaným intenzivním Kranioprogramem v Rehabilitačním ústavu Kladruby. Získaná data slouží jako podklad pro představu dostupnosti ambulantní rehabilitační péče jeden měsíc po ukončení ústavní hospitalizace a pro přehled dostupnosti nejen ergoterapeutických ambulancí v České republice.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Získané poškození mozku

Tento pojem vymezuje rozsáhlou skupinu poranění mozku, které nevznikly na podkladě dědičného ani vrozeného původu. Dle příčiny je lze rozdělit na 2 základní kategorie – traumatická a netraumatická (Brain Injury Association of America, 2024; Cerebrum, 2024a). Do traumatického poranění mozku řadíme úrazy hlavy způsobené vnějšími silami s následnými komplikacemi ovlivňující mozek. Nejčastěji se s nimi setkáváme při dopravních nehodách, pádech nebo pracovních a sportovních úrazech. Literatura udává, že 70 % traumatických poranění vzniká v důsledku dopravních nehod u mladých lidí v rozmezí 16–24 let (Queensland Government, 2022). Dále je častější výskyt u mužů (Cerebrum, 2024a). Největší vznik kraniocerebrálních traumat u seniorů ≥ 75 let je způsobeno pádem (Berková a Berka, 2018).

Netraumatické poškození mozku se liší původem poškození a vzniká uvnitř těla. Do této kategorie lze zařadit cévní mozkovou příhodu (CMP), infekci, nádor, hypoxii, anoxii či metabolické poškození (Queensland Government, 2022; Spinal Cord, 2020). Nejčastější příčinou je cévní mozková příhoda, kterou celosvětově řadíme na druhé místo v úmrtnosti a za jednu z nejčastějších příčin invalidity u osob nad 65 let (Thrift et al., 2017; Lišková et al., 2014). Konkrétně v České republice bylo za rok 2019 hospitalizováno 51 250 pacientů s cévními nemocemi mozku (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021). Studie ukazují, že za posledních 20 let se celosvětová incidence cévních mozkových příhod výrazně zvýšila a poukazují i na fakt, že během života bude 1 osoba ze 4 zasažena (Feigin et al., 2022; Feigin et al., 2021).

Globálně při získaném poškození mozku dochází k zasažení mozkových funkcí, což vede k možným změnám v určitých oblastech. V rámci fyzických následků může docházet:

- **omezení pohybu** – porucha motoriky, závratě, porucha svalového tonu a koordinace, problém s prováděním pohybu;
- **poruchy hormonální** – sexuální dysfunkce, poruchy vnitřního prostředí, změněné reakce na stres;
- **poruchy polykání** – neschopnost polknoutí, zbytky v ústech, potíže s kontrolou jídla, bolestivé polykání, slinění, kašel, zvracení;
- **omezení smyslové** – porucha chuti, čichu, sluchu, hypestézie, fonofobie, fotofobie, tinitus;
- **epilepsie**;

- **prostorový neglekt** – tzv. syndrom opomíjení;
- **bolesti hlavy**;
- **únava** – zvýšená unavitelnost, pocit vyčerpání, ztráta výdrže;
- **poruchy spánku** – potíže s usínáním, časté ranní vstávání, nadměrná spavost, noční můry (Lišková et al., 2014).

V rámci psychických následků může nastat změna v následujících oblastech:

- **vědomí** – kvantitativní (somlence, sopor, kóma, apalický syndrom, locked in syndrom), kvalitativní (zmatenost, delirium);
- **nálady a emoce** – deprese, úzkost, emoční labilita, apatie, ztráta motivace, agrese, nervozita, neklid;
- **kognitivní funkce** – pozornost, percepce a poznání, paměť, myšlení a exekutivní funkce, učení, psychomotorické tempo, prostorová orientace a vizuální vnímání;
- **řeč a komunikace** – afázie, dysartrie;
- **chování a osobnost člověka** – regulace chování, poruchy osobnosti, sebestřednost, nedostatek náhledu, snížená schopnost sebehodnocení, ztráta zábran (Lišková et al., 2014).

U pacientů po získaném poškození mozku dochází k negativnímu ovlivnění nejen fyzických a psychických složek, ale zároveň je ovlivněna i oblast sociální. Pacient i rodina musí přijmout novou roli, objevovat nové možnosti seberealizace, vyplnit volný čas, studium a zaměstnání. Osoba s poraněním mozku může ztratit aktivity nebo je musí omezit. Z tohoto důvodu je důležité najít nové činnosti, které jsou pro člověka přínosné a dají mu prostor pro seberealizaci a začleňování do společnosti (Lišková et al., 2014).

2.2 Neurorehabilitace u osob po získaném poškození mozku

Potřeba rehabilitace globálně roste v důsledku stárnutí populace, jejím prodlužováním délky života a přibývání chronických obtíží. Světová zdravotnická organizace (WHO) prezentuje rehabilitaci jako specifický soubor intervencí, které vedou osobu k maximální možné soběstačnosti v běžném denním životě, čímž umožňují naplňovat roli v oblasti vzdělání, práci, rekreaci a v dalších smysluplných aktivitách (World Health Organization, 2023). Celosvětově se osob se zdravotním postižením odhaduje na 1,3 miliardy, což činí zhruba 16 % světové populace. V České republice je přibližně 1 milion 152 tisíc osob s různým zdravotním

postižením, který mají potíže s vykonáváním všedních denních činností (World Health Organization, 2024b; Český statistický úřad, 2019).

Rekonvalescence po získaném poškození mozku je proměnlivá a vyžaduje komplexní péči v interdisciplinárním týmu, jelikož záleží na typu poškození, zasažené oblasti či na rozsahu poranění. Díky těmto aspektům je nutné začínat včasnou rehabilitaci již v akutním stádiu na Jednotce intenzivní péče (JIP) či na Aneziologicko resuscitačním oddělení (ARO), mít celistvý a individuální přístup ve spolupráci v interdisciplinárním týmem a po lůžkové rehabilitaci navázat ambulantní péčí či navštěvovat další podpůrné služby, které podporují proces zotavení a znovuzачlenění jedince do společnosti (Queensland Government, 2022; Lišková et al., 2014). Rehabilitace je náročná a měla by být uskutečněna interdisciplinárním týmem s cílem dosáhnout maximální možné soběstačnosti jedince. Toto tvrzení dokazuje i klinická praxe (Teasell et al., 2020; Winstein et al., 2016).

Systematické přehledy zdůrazňují důležitost naplánování další rehabilitace ještě před ukončením hospitalizace s cílem podpořit zotavení jedince. Pro pacienty po získaném poškození mozku v produktivním věku může intenzivní interdisciplinární ambulantní rehabilitace pomoci pro včasný návrat do zaměstnání. U osob ve vyšším věku je primárním cílem navrácení do domácího prostředí (García-Pérez et al., 2022; Legast et al., 2022; Tlapáková, 2022).

2.3 Doporučené postupy po ukončení ústavní hospitalizace v České republice a v zahraničí

„Ústavní péči se rozumí péče v nemocnicích, v odborných léčebných ústavech a zvláštní ústavní péče ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu“ (Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2024a). V současné době se od tohoto termínu snaží opustit a nahrazuje se slovem lůžková (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2023).

Jsou vytvořeny doporučené klinické postupy (z angličtiny guidelines), které pomáhají zdokonalit zdravotní péči. Například z projektu Inkluze po poranění mozku od sdružení Cerebrum vznikl návrh k vytvoření 4 fázového modelu rehabilitace. Jedná se o fázi rehabilitace akutní zajišťující akutní péči v nemocnicích. Fázi rehabilitace včasné, která má být poskytována v rehabilitačních centrech v jednotlivých krajích. Nadále fázi rehabilitace regionální prováděna v rehabilitačních stacionářích a fázi rehabilitace komunitní (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2012). Platz (2021) ve svém doporučeném postupu popisuje 6 fází rehabilitace, kdy již ve třetí fázi je kladen důraz na ambulantní rehabilitaci a následně i na domácí rehabilitaci

a rehabilitaci v komunitě. Spolková republika Německo vychází z fázového modelu neurorehabilitace, který se skládá ze základních 6 částí. Tyto 3 modely zdůrazňují důležitost spolupráce v interdisciplinárním týmu od akutní fáze až po chronickou (Platz, 2021; Grünerová-Lippertová, 2012; Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2012). Právě se poukazuje na klíčovost nejen včasné rehabilitace, ale i ambulantní a komunitní péče, která je často opomíjena a má pozitivní vliv na provádění personálních i instrumentálních všedních denních činností (Teasell et al., 2020; Whitehead a Baalbergen, 2019). Vysoká prevalence kraniotraumat negativně ovlivňuje kvalitu života jedince a naráží se na rozdílnost jednotlivých postupů, ale i společný apel na včasnou a interdisciplinární spolupráci (Noé et al., 2024; Teasell et al., 2020; Winstein et al., 2016; Grünerová-Lippertová, 2012).

Často jsou opomíjena ambulantní nebo odlehčovací centra, která z hlediska ergoterapeutické profese mají pozitivní vliv na provádění všedních denních činností (Winstein et al., 2016). Tuto teorii potvrzuje kanadský doporučený postup, který poukazuje na základní sestavu rehabilitačních odborníků a mezi nimi je zařazen i ergoterapeut. Apelují na spolupráci mezi fyzioterapeutem, ergoterapeutem, klinickým logopedem z důvodu komplexnosti potřebných služeb po propuštění z lůžkové rehabilitace. Přejít z lůžkové rehabilitace do komunitního centra přispívá k pomoci znovunavrácení do společnosti, do práce a vykonávat volnočasové aktivity (Teasell et al., 2020; Winstein et al., 2016).

Doporučené postupy poukazují na důležitost interprofesní spolupráci odborníků i po skončení ústavní hospitalizace pro maximální navrácení jedince do společnosti (Teasell et al., 2020). Zdůrazňují, že následnou péči u pacientů po CMP nemá provádět pouze jedna profesní skupina, ale pacient by měl mít individuální přístup v rámci multidisciplinárního týmu (Hempler et al., 2018). Tuto teorii potvrzuje i studie s 271 účastníky zaměřená na komplexní ambulantní péči, kdy se rapidně zlepšily fyzické složky jedince (Rice et al., 2016).

2.3.1 Česká republika a Spolková republika Německo

V České republice (ČR) i ve Spolkové republice Německo je využíván tzv. fázový model neurorehabilitace, který definuje jednotlivé fáze rehabilitace u pacientů po poškození centrálního nervového systému s cílem umožnit včasné zahájení léčby a tím nejen zkvalitnit rehabilitační proces, ale zajistit tak i jeho kontinuitu. Rozděluje se do 5 fází A–F a fázi F lze nadále rozdělit na F1 a F2 podle tíže poškození. Fáze A neboli fáze akutního onemocnění probíhá v akutních zařízeních, kam řadíme JIP, ARO či iktové jednotky (Grünerová-Lippertová, 2012; Grünerová-Lippertová, 2005). Nadále pacient přechází do fáze B, tedy včasné

rehabilitace. Cílem této fáze je navázat komunikaci s pacientem, zmírnit dopad poškození na centrální a periferní nervový systém a posoudit rehabilitační potenciál pro naplánování další možné rehabilitace. Intenzita terapie by se měla pohybovat okolo 4–6 hodin denně. Tato fáze může trvat až 6 měsíců, ale pokud nenastane žádné zlepšení po dobu 8 týdnů, fáze B by se měla ukončit. Existují však výjimky a to u dětí a u pacientů s přerušovaným průběhem rehabilitace. Na základě posouzení pacientova potenciálu by měl pacient pokračovat ve fázi C nebo F (Grünerová-Lippertová, 2012; Grünerová-Lippertová, 2005).

Ve fázi včasné mobilizace (fáze C) je cílem zabránit vzniku sekundárnímu poškození a zaměřit se na funkční potenciál jedince. Intenzita se pohybuje opět okolo 4–6 hodin denně a doba trvání může být až 6 měsíců. Při propuštění se rozhoduje, zda pacient bude pokračovat ve fázi D, E nebo F (Grünerová-Lippertová, 2012).

Fáze D aneb po ukončení rané fáze mobilizace by měl být pacient soběstačný ve všedních denních činnostech, ale může mít stále ošetrovatelskou péči při určitých úkonech. Cíle jsou obdobné jako ve fáze C, ale navíc se v této fázi zaměřuje na sociální reinterakci, redukci ošetrovatelského personálu a kompenzaci zbývajících funkčních omezení. Podle závažnosti zdravotního stavu, může terapie trvat až 6 měsíců (Grünerová-Lippertová, 2012; Grünerová-Lippertová, 2005).

Fáze E po ukončení intenzivní rehabilitace má za cíl opět sociální interakci jedince do společnosti a do pracovního procesu, popřípadě školního (Grünerová-Lippertová, 2012; Grünerová-Lippertová, 2005).

Do fáze F se dostává pacient v případě neustálé potřeby ošetrovatelského personálu. Většinou jsou zde řazeni pacienti s velmi těžkým poškozením mozku a vědomí. Terapie se zaměřuje na sekundární profylaxi a tuto fázi lze nadále rozdělit podle tíže poškození. Pokud pacient má možný předpoklad pro zlepšení, spadá do kategorie F1. Opakem je F2, která je určena pro pacienty s malým rehabilitačním potenciálem z důvodu těžkého poškození nervového systému. Pacient může být přeložen do fáze F již po fázi B až E, ale pokud nastává zlepšení funkčního stavu měl by mít možnost k znovupřijetí do intenzivní rehabilitace do fáze B až E (Grünerová-Lippertová, 2012; Grünerová-Lippertová, 2005).

Neurorehabilitace by měla splňovat určité principy. Tím je princip celistvosti, princip včasnosti a dlouhodobosti, který pojednává o zahájení včasnosti péče a její rozmanosti v délce. Nadále princip týmové práce, princip interdisciplinarit a multidisciplinarit a princip přijetí občanů se zdravotním postižením společností. Podle tohoto konceptu lze usoudit, že ambulantní rehabilitace může být součástí neurorehabilitace ve fázi D a E (Grünerová-Lippertová, 2012; Grünerová-Lippertová, 2005). Zároveň u lehčích forem získaného poškození mozku může být

pacient propuštěn do domácího prostředí. V takovém případě by měl mít zajištěnou kontinuitu péče, kdy by měl docházet do ambulantního rehabilitačního zařízení. Může nastat i situace, kdy je z nemocnice pacient přeložen do domácího prostředí po čas, než se uvolní místo v rehabilitačním ústavu. V tomto případě je nutné dodržovat zásady, které doporučil ošetřující lékař a docházet na ambulantní rehabilitaci (Gesundheit.gv.at, 2024).

Podobně jako ve Spolkové republice Německo, tak ani v České republice zatím neexistuje standardizovaná následná péče pro pacienty po získaném poškození mozku (Hempler et al., 2018; Grünerová-Lippertová, 2012). Je zřejmé, že pokud má být dosaženo lepších výsledků, je nutné týmové spolupráce. Bohužel zejména v postakutních a chronických stavech vzhledem k malému množství odborníků a špatné dostupnosti nelze tento ideál globálně naplnit (Sarfo et al., 2018; Gál et al., 2015).

V České republice existují organizace, které se zaměřují přímo na rehabilitaci u pacientů po získaném poškození mozku. Mezi tyto organizace lze zařadit Klinikou rehabilitačního lékařství v Praze, Cerebrum, ERGO Aktiv, o.p.s., Sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách nebo Asistenci, o.p.s. a nově i Neuron Medical v Brně (Neuron Medical Centrum, 2024; Kovářová et al., 2018). Většina těchto komplexních ambulantních zařízení se nacházejí ve větších městech.

Nedostatečná je i informovanost pacienta nebo rodinných příslušníků o možnosti využití dalších zdravotních služeb. Respektive, na které služby mají nárok nebo jak s nimi mohou navázat kontakt. Terapeut by měl předat pacientovi a jeho rodině kontakty na ambulantní a komunitní rehabilitaci v okolí místa jeho bydliště (Hempler et al., 2018; Kovářová et al., 2018).

Ambulantní rehabilitaci po ukončení ústavní hospitalizace nejčastěji předepisuje praktický lékař nebo neurolog a jejich intenzita se odvíjí od diagnózy a stavu pacienta. Poukazuje se také na fakt, že poptávka ohledně předpisů na rehabilitaci má tendenci s časem klesat. Dle zahraničních modelů, např. ve Spolkové republice Německo se nejčastěji předepisuje fyzioterapie nebo kombinace fyzioterapie a ergoterapie. Při zaměření se na předepsání samotné ergoterapie, tak její poptávka není předepisovaná v takové intenzitě s porovnáním s fyzioterapií ani v zahraničí (Hempler et al., 2018).

2.3.2 Španělsko

Španělská společnost pro neurorehabilitaci po získaném poškození mozku u dospělých jedinců uvádí přehled několika doporučení ohledně koordinované péče. V akutní fázi by měla být doporučena a zajištěna ústavní rehabilitační intervence s tím, že až to klinický stav pacienta dovolí, je možnost přejít na ambulantní léčbu za předpokladu, že je zachována její intenzita. Přehled udává, že pokud nadále přetrvává funkční deficit pacienta po ukončení akutní péče nebo po ukončení hospitalizace v neurorehabilitačním centru, je vhodnou volbou ambulantní péče, která zajišťuje kontinuitu rehabilitace. Ambulantní péče může být zprostředkována například pomocí denního centra, komunitní péčí, domácí péčí nebo nemocnicemi, které poskytují ambulantní služby. Dále poukazuje na důležitost přístupu pacientů ke speciálním ambulantním nebo komunitním službám, které by měly mít obdobné prvky jako koordinovaná ústavní hospitalizace. Následné služby by měly obsahovat interdisciplinární spolupráci potřebných odborníků, stanovení rehabilitačních cílů a plánů či zapojení pacientovy rodiny do rehabilitačního procesu. Po ukončení hospitalizace se doporučuje nabídnout služby podpory pro dlouhodobé sledování pacienta s cílem zjistit, zda pacient dosáhl na potřebné služby, které jsou potřeba zajistit pro udržení funkčního potenciálu a předcházet tak zdravotním komplikacím (Noé et al., 2024).

Nejen pacienti v postakutním stádiu, ale i v chronickém stádiu by měli mít přístup k rehabilitačním specializovaným ambulantním službám nebo komunitním rehabilitačním programům s cílem dosáhnout lepších funkčních výsledků jedince (Noé et al., 2024).

2.3.3 Kanada

Kanadské postupy pro cévní mozkové příhodě obsahují sekci zaměřenou na doporučení pro ambulantní a domácí rehabilitaci. Je poukázáno na zajištění následné péče po ukončení nemocniční hospitalizace s cílem zajistit speciální interdisciplinární tým podle aktuálních potřeb jedince po získaném poškození mozku. Důležitou součástí procesu k zotavení je i pacientova rodina (Lindsay et al., 2019a).

Na podpůrná centra se doporučuje navázat 72 hodin po propuštění z ústavní hospitalizace a v případě propuštění pacienta z akutní fáze z nemocnice již 42 hodin. Délka jednotlivého sezení u dané odbornosti by měla trvat minimálně 45 minut, v rozsahu 2–5 dní v týdnu na základě potřeb pacienta a doporučuje se v takovémto režimu setrvat alespoň 8 týdnů (Lindsay et al., 2019a).

Klinický postup poukazuje na možnost včasného podporovaného propuštění pacienta do domácího prostředí se zajištěním specializovaného koordinovaného týmu s cílem snížit dobu hospitalizace. Včasné podporované propuštění není určeno pro všechny pacienty a existují kritéria, která pacient musí splňovat. Například by mělo být poskytováno pacientům s mírným až středně těžkým postižením, pacient se musí účastnit rehabilitace od okamžiku propuštění z nemocnice, musí být zdravotně stabilní a mít zajištěnou ošetrovatelskou péči a další podpůrné služby, které jsou potřeba vzhledem k jeho zdravotnímu stavu (např. pečovatelskou službu). V rámci včasného podporovaného propuštění by rehabilitační proces měl být zachován na 5 dní v týdnu se stejnou intenzitou jako na lůžkové části (Lindsay et al., 2019a; Lindsay et al., 2019b).

V roce 2022 se kanadské doporučení rozšířilo o kapitolu virtuální rehabilitace, která může být poskytována i v ambulantní péči s cílem zkvalitnění a zefektivnění poskytované péče. Virtuální rehabilitace by měla být doplňkem k osobnímu terapeutickému setkání. Na druhou stranu lze aplikovat tento typ terapie u lidí, u kterých není možné osobní intervence či není dostupná jiná služba. Virtuální rehabilitace může být zprostředkována pomocí videohovorů, telefonních hovorů, textových zpráv nebo pomocí e-mailů (Lindsay et al., 2022).

2.3.4 Austrálie a Nový Zéland

Australské a novozélandské doporučené postupy pro cévní mozkové příhodě odkazují na plánování propuštění pacienta z ústavní hospitalizace. Klíčovým faktorem je komunikace mezi interdisciplinárním týmem, rodinnými příslušníky, poskytovateli zdravotních služeb a to včetně praktických lékařů (Stroke Foundation, 2023a). Bylo vytvořeno několik informativních služeb, které pomáhají s organizací následné péče osobám po CMP, jejich rodinným příslušníkům či zdravotnímu personálu. Jedná se například o bezplatnou telefonní podporu s názvem StrokeLine či webový komunitní fórum EnableMe (Stroke Foundation, 2023a).

Ještě před ukončením hospitalizace by měl být stanoven individuální komplexní plán, který se zabývá potřebami jedince po získaném poškození mozku a také by mělo dojít ke kontaktování komunitních služeb, praktického lékaře a jiných odborností, které pacient nadále potřebuje (Stroke Foundation, 2023a).

Národní audit po cévní mozkové příhodě z roku 2020 ukazuje, že více než 66 % pacientům bylo doporučeno po ústavní hospitalizaci navštěvovat ambulantní či komunitní centra. Ukázalo se, že polovina osob nedocházela do doporučených navazovacích rehabilitačních služeb. Audit nadále poukázal na informovanost pacienta a rodinných příslušníků ohledně cévní mozkové příhody, o její sekundární prevenci a rekonvalescenci. Bylo

doporučeno předávat informovaný leták na toto téma v různých fázích rehabilitace, a to opakovaně. Navzdory tvrzení, že 97 % služeb informuje pacienty a jejich rodinné příslušníky o zmíněných tématech z dat vyplývá, že pouze 63 % osob tyto informace obdrží (Stroke Foundation, 2020).

Pacientům lze nabídnout mimo konvenční terapii i virtuální terapii s cílem zlepšit běžné všední denní činnosti (ADL). Může být nabídnuta současně nebo jako alternativní metoda pacientům, kteří se vyskytují v oblastech mimo odbornou péči (Stroke Foundation, 2023b).

Národní audit zjistil, že 65 % pacientů se vrací do obvyklého domácího prostředí bez nutnosti pečovatelských služeb, dalších 6 % vyžaduje přechodnou pečovatelskou službu, 12 % využívá pobytovou pečovatelskou službu, 2 % pokračují v další lůžkové rehabilitaci (Stroke Foundation, 2020).

Po CMP je vhodné zjistit, kdo vlastní řidičský průkaz a seznámit pacienta s procesem pro návrat k řízení a jak ho jeho poškození může ovlivňovat. Z tohoto hlediska je nutné záležitost projednat s ošetřujícím lékařem, multidisciplinárním týmem a postupovat podle kroků, které jsou v souladu s národními směrnicemi. V Austrálii obvykle mají zákaz řízení na 1 měsíc od cévní mozkové příhody a na Novém Zélandu se jedná o 1 až 3 měsíce. Samozřejmě jsou zde další aspekty, které zákaz řízení ovlivňují (Stroke Foundation, 2023c; Austroads, 2022).

Pokud si není ošetřující lékař jistý, zda přetrvávají motorické, senzorické, kognitivní deficity bránící bezpečnému řízení, může být pacient poslán k odbornému posouzení k ergoterapeutovi. Ergoterapeut může posoudit způsobilost jedince pro ovládání motorového vozidla nebo může poradit s úpravou vozidla (Stroke Foundation, 2023c).

Další důležitá oblast je navrácení do pracovního procesu, kdy je nutné zkontrolovat, jakou práci pacient vykonával před CMP a zda uvažuje o znovunavrácení. Pokud se pacient chce navrátit do pracovního poměru je nutné posoudit jeho schopnosti, které jsou nutné pro zvládnutí práce. Pacienta lze odkazovat i na podporované zaměstnání (Stroke Foundation, 2023c).

2.3.5 Spojené království Velké Británie, Severního Irska a Irské republiky

Národní doporučené postupy pro Spojené království Velké Británie a Severního Irska a Irské republiky odkazují na skladbu odborníků, kteří by se měli podílet na péči na speciálním rehabilitačním oddělení zaměřené na pacienty po cévní mozkové příhodě. Na rehabilitačním procesu by se měl podílet ergoterapeut, fyzioterapeut, logoped, psycholog, sociální pracovníce, lékař, ošetrovatelský personál a ortetik. Rehabilitační oddělení by mělo úzce spolupracovat s dalšími lůžkovými a komunitními službami pro zajištění návazné rehabilitace pacienta. Návazná rehabilitace by měla být nejlépe poskytována v domácím prostředí pacienta nebo v okolí místa bydliště. Zároveň se poukazuje na důležitost dostupnosti návazných služeb i v domovech pro seniory a pečovatelských domovech. Intenzita, délka terapie u jednotlivého odborníka a absolvování terapie u dané odbornosti je založené na aktuálních potřebách pacienta po cévní mozkové příhodě (National Clinical Guideline for the Stroke UK and Ireland, 2023). Stejně jako v kanadském doporučení je i zde zmíněna možnost včasného podporovaného propuštění do domácího prostředí, které má obdobné prvky a kritéria. Změna je v době zahájení kontinuity péče, která by měla být zahájena již 24 hodin po propuštění z nemocnice (National Clinical Guideline for the Stroke UK and Ireland, 2023).

Tento doporučený postup poukazuje i na personální obsazení komunitních služeb a služeb zajišťující včasné podporované propuštění. Uvádí, že doporučený počet personálu na službu je ergoterapeut, fyzioterapeut a rehabilitační asistent na celý úvazek (1,0), zajištění ošetrovatelské péče nebo zdravotní setry na plný úvazek (1,0), dále logoped na 0,4 úvazku, sociální pracovník minimálně na 0,5 úvazku, klinický psycholog na 0,2–0,4 úvazku a lékař na úvazek 0,1. Stejně jako na rehabilitačním oddělení, tak i v komunitním centru by mělo docházet k pravidelným schůzkám s cílem diskutovat zdravotní stav pacienta. Schůzky se doporučují 1x týdně (National Clinical Guideline for the Stroke UK and Ireland, 2023).

Komunitní centra by měla poskytovat i pracovní rehabilitaci, ortetiku, vhodnou léčbu pro spasticitu a podporu a poradenství pro rodinné příslušníky nebo pečovatele (National Clinical Guideline for the Stroke UK and Ireland, 2023).

Jestliže je pacientova rodina spolupracující, měla by se podílet na ukončení nebo přemístění pacienta do jiného zařízení a informovat o možnostech další rehabilitace s předáním konkrétního kontaktu na organizace. Důležitou součástí je bezpečnost pacienta, a proto se doporučuje návštěva ergoterapeuta v domácím prostředí, do kterého bude pacient odcházet. Pokud není možné zprostředkovat domácí návštěvu, je možnost posoudit domácnost podle rozhovoru fotografií nebo videem, který pořídí rodina pacienta (National Clinical

Guideline for the Stroke UK and Ireland, 2023). Dále se doporučuje odkazovat na možnost vzdáleného poradenství a podporu pacienta v domácím prostředí po dobu 3 měsíců po ukončení ústavní hospitalitace (National Clinical Guideline for the Stroke UK and Ireland, 2023).

CMP má negativní dopad na intimní život jedince. Existuje řada publikací zaměřujících se na sexualitu. I když ji v dnešní době mnoho zdravotníků stále považuje za tabu (Low, Power a Mcgrath, 2022; Kautz a Van Horn, 2016). Poukazuje se na informovanost pacientů a jejich partnerů či partnerek ohledně sexuální dysfunkce po cévní mozkové příhodě. Toto téma by mělo být opakovaně probíráno při kontrolních hodnocení za předpokladu, že pacient chce sexuální problematiku probírat a navrhnout řešení či odkazovat ho na konkrétního odborníka se specializací na psychosexuální problematiku (National Clinical Guideline for the Stroke UK and Ireland, 2022).

Dále je před ukončení hospitalizace vhodné zjistit, zda je pacient držitelem řidičského průkazu a na jaký typ vozidla. V Irské republice se nedoporučuje řídit minimálně 1 až 3 měsíce od cévní mozkové příhody. Záleží však na mnoho aspektech; na typu řidičského průkazu, zdravotním stavu pacienta a na celkovém posouzení stavu lékařem a dalšími specialisty (např. psychologem a ergoterapeutem) (National Driver Licence Service, 2022). Naopak ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irska se doporučuje minimálně 1 měsíc od cévní mozkové příhody neřídit osobní automobil a minimálně 1 rok nákladní automobil a autobus. Po uplynutí této doby se část osob může navrátit k řízení, některým se musí doba zákazu řízení prodloužit a jiným již se povolení neudělí (Stroke Association, 2022a).

2.3.6 Spojené státy americké

Rehabilitace v akutní fázi CMP je primárně zaměřena na stabilizaci pacienta, zahájení profylaxe a sekundárních opatření. Nadále by v této fázi měl každý z pacientů projít formálním vyšetřením u jednotlivých odborníků pro zhodnocení a zajištění budoucích potřeb pacienta. Nejčastěji se jedná o zhodnocení fyzioterapeutem, ergoterapeutem a logopedem. Po propuštění z nemocnice má pacient možnost podstoupit rehabilitační péči v rehabilitačních lůžkových zařízeních nebo lze opět za určitých předpokladů využít včasné podporované propuštění (Winstein et al., 2016). Ukazuje se, že více než 50 % osob, kteří přežili cévní mozkovou příhodu, vyžaduje podporu v rámci vykonávání v instrumentálních všedních denních činnostech (iADL) a 35 %–40 % osob má 6 měsíců po iktu omezení v personálních všedních denních činnostech (pADL) a tudíž vyžadují následnou péči (Winstein et al., 2016; Royal Dutch Society for Physical Therapy, 2014). Právě komunitní služby i v chronickém stavu po cévní

mozkové příhodě mohou zlepšit nebo udržet dosavadní schopnosti, ať už funkční, kognitivní či psychosociální. Celkově jsou pozitivně vnímány komunitní a domácí programy (Winstein et al., 2016).

2.4 Kranioprogram v České republice

Kranioprogram je neurorehabilitační komplexní intenzivní program vytvořený pro pacienty po získaném poškození mozku. Za počátek iniciace k vytvoření programu se předpokládá reakce na Věstník Ministerstva zdravotnictví v roce 2010, který odkazoval na neurorehabilitační specializovanou péči, která nebyla jasně definována (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2010). Na tento nedostatek zareagoval Rehabilitační ústav Kladruby, který se od roku 2010 připravoval na spuštění nového komplexního neurorehabilitačního programu. Pilotní spuštění proběhlo v roce 2015 až 2016 s cílem ověřit efektivitu programu. Po pozitivním ohlase a vyhodnocení byl rehabilitační program zachován a běží dodnes s 30 vyhrazenými lůžky. Momentálně se rozšířil i do dalších rehabilitačních zařízení (Rehabilitační ústav Kladruby, 2024; Pětioký et al., 2019). Kranioprogram je v současné době zaveden i v Rehabilitačním ústavu Hrabyně, v Hamzově odborné léčebně Luže-Košumberka, kde maximální doba hospitalizace ve všech zařízeních je 12 týdnů (Hamzova léčebna pro děti a dospělé Luže-Košumberk, 2024; Rehabilitační ústav Hrabyně a Chuchelná, 2024).

Kranioprogram je hrazen pojišťovnou (s výjimkou Vojenské Zdravotní pojišťovny v Rehabilitačním ústavu Hrabyni) a návrh musí být schválen revizním lékařem. Předpokladem k přijetí do programu je splnění následujících indikačních kritérií:

- Minimální věk 18.
- Pacient má získané poškození mozku vlivem cévních mozkových příhod hemoragických či ischemických nebo kraniotraumatech.
- Pacient musí být nejdéle 1 měsíc po ukončení v iktovém centru nebo na lůžkách akutní rehabilitace. Popřípadě 1 měsíc od ukončení z akutní hospitalizace při traumatickém poškození mozku.
- Pacient musí být v kompenzovaném stavu a nesmí vykazovat známky probíhající infekce, dekubitů a bez přítomnosti tracheostomie.
- Pacient musí být schopen absolvovat alespoň 4 hodiny denně komplexní rehabilitace a zdravotní stav by mu měl dovolit podstoupit 2 ze 4 rehabilitačních odborností (fyzioterapie, ergoterapie, logopedie, psychologie).

- V neposlední řadě se předpokládá spolupracující rodina, která si pacienta převezme do domácího prostředí po ukončení hospitalizace (Hamzova léčebna pro děti a dospělé Luže-Košumberk, 2024; Rehabilitační ústav Hrabyně a Chuchelná, 2024; Rehabilitační ústav Kladruby, 2024).

2.5 Možnosti ambulantní ergoterapie po ukončení hospitalizace v České republice

Ergoterapeut může pracovat v různém typu zařízení – v ambulantním zdravotnickém zařízení nebo na lůžkové části, v rehabilitačním centru a v ústavu, ale i v denním stacionáři, v domově pro seniory a dalších zařízeních. Tedy jak ve zdravotnických zařízeních, tak v sociálních službách (Česká asociace ergoterapeutů, 2024a). V ambulantní sféře lze pracovat v centrech a oddělení léčebné rehabilitace, v denním rehabilitačním stacionáři, ve specializovaném léčebném ústavu, v agenturách domácí péče nebo v lázních (Jelínková a Krivošíková, 2008). V sociální sféře lze uplatnit několik forem sociálních služeb, které mohou pacienti po získaném poškození mozku využít. Na začátek je důležité pochopit terminologii používání slov klient versus pacient. Rozdílnost je mezi osobami, které využívají sociální nebo zdravotní služby. Konkrétně v sociálním sektoru mluvíme o klientu a ve zdravotnické sféře jako o pacientu (Kolář a Ambrus, 2022). Klient může využívat služby pobytové, kde je zajištěné pro něho ubytování. Ambulantní, za které musí klient docházet a služba nezahrnuje ubytování a nebo terénní, která je poskytována v domácím prostředí klienta (Česko, 2006). Do ambulantních sociálních služeb lze zařadit například denní stacionáře, centra denních služeb a z ergoterapeutického pohledu lze v těchto zařízeních vést klienta v nácvičku všedních denních činností pro dosažení a zlepšení soběstačnosti. Tyto 2 předchozí služby jsou určeny pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu zvyšujícího se věku či díky zdravotnímu postižení. Zároveň se obě poskytují za úhradu (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2020; Česko, 2006). Rozdíl mezi denním stacionářem a centrem denních služeb nastává v pravidelnosti a míře podpory, kdy větší míru podpory zajišťuje denní stacionář (Prajznerová, 2018). Centrum denních služeb je poskytováno například v Centru denních služeb DUHA o.p.s., Centru denních služeb Znojmo, Centru denních služeb města Úpice, Centru denních služeb Nazaret, Centru denních služeb v charitě Vyškov nebo také v Centru denních služeb Diakonie Českobratrské církve evangelické v Litoměřicích (Charita Vyškov, 2024; Sociální služby v Ústeckém kraji, 2024; Město Úpice, 2023; Nazaret – středisko Husitské diakonie, 2023; Centrum sociálních služeb Znojmo, 2016; Duha, 2016).

2.5.1 Denní stacionáře pro pacienty po získaném poškození mozku v ČR

V České republice existuje několik denních stacionářů, které se specializují na osoby po získaném poškození mozku. Denní stacionář Kliniky rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné nemocnice v Praze, který nabízí unikátní komplexní 4týdenní a 8hodinovou ambulantní rehabilitaci, která je jediná svého druhu v České republice (Randlová, 2023a; Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 2019).

V Praze se též nachází ERGO Aktiv, o.p.s., který nabízí též komplexní rehabilitační program ve formě denního stacionáře v intenzitě 2 až 5 dní v týdnu s programem na 5,5 hodiny denně. Nadále nabízí rehabilitaci v domácím prostředí klienta nebo rehabilitační skupiny, které jsou zaměřeny na trénink jemné motoriky, rozvoj řečových funkcí, kognitivní trénink a jiné (ERGO Aktiv, 2022a).

Nově vznikl ambulantní intenzivní neurorehabilitační program v Neuron Medical Centrum v Brně, který nabízí 2 až 4 hodinové terapie podle individuálních potřeb a to až 5 dní v týdnu. Program je určen především po stavech získaného poškození mozku a pro osoby s rozstroušenou sklerózou, Parkinsonovou nemocí či s amyotrofickou laterální sklerózou (Neuron Medical Centrum, 2024).

Mezi další stacionáře zabývající se problematikou získaného poškození mozku lze zařadit Denní stacionář Druhý život Kladno (Denní stacionář Druhý život, 2024).

2.5.2 Ostatní zařízení věnující se pacientům po získaném poškození mozku

V této části je poukázáno na konkrétní zařízení, jenž lze v České republice využít v případě potřeby následné rehabilitace u pacientů po získaném poškození mozku po ukončení hospitalizace. Následné služby jsou vhodnou alternativou při opakované rehabilitaci u pacientů i v chronickém stavu. Ballester et al., (2021) uvádí, že intenzivní rehabilitační program má pozitivní vliv na funkce pacienta i v chronickém stavu.

Jednou z nejznámějších pacientských organizací v České republice je Cerebrum aneb Asociace osob po získaném poškození mozku, z.s., která poskytuje komunitní centrum pro sdílení informací s jinými účastníky programu, jejich rodin a přátel. Zajišťuje poradenství a zvyšuje povědomí o možnosti následné rehabilitace a zároveň se snaží i o legislativní změnu v systému. Organizace poskytuje také skupinové tréninky (kognitivní funkce, kondiční trénink, jóga) (Cerebrum, 2024b).

Dále organizace Sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách nabízí každoročně 5 až 6 čtrnáctidenních rekondičních pobytů, poradny a kluby po celé republice s cílem zkvalitnit život jedince po cévní mozkové příhodě a pomoci žít důstojně (Sdružení CMP, 2024).

Následující sociální služba Asistence, o.p.s. je zaměřená na tělesné a kombinované postižení zaměřující se na sociální rehabilitaci, osobní asistenci a skupinové aktivity (Asistence, 2024).

V České republice se vyskytují denní stacionáře, které nemají přímo vyhrazenou klientelu z hlediska diagnózy, ale poskytují služby klientům se sníženou soběstačností, kdy je nutná pravidelná dopomoc druhé osoby. Mezi ně patří například Denní stacionář sv. Ludmily (Custodium, 2024; Randlová, 2023a).

Další možností jsou neurorehabilitační kliniky, ale některé na svých stránkách neuvádí cenu terapií a zda je terapie hrazena zdravotní pojišťovnou. Mezi tyto kliniky lze zařadit Neurorehabilitační kliniku Axon s.r.o., která má několik poboček a to v Praze, Brně, Karlových Varech a ve Zlíně (Randlová, 2023b; Neurorehabilitační klinika Axon, 2023).

Mezi další kliniku lze zařadit Saremu, která nabízí neurorehabilitační péči převážně pro děti, ale je zde sekce i pro dospělé a je částečně hrazena zdravotní pojišťovnou. Také má několik poboček po celé České republice (Sarema, 2023).

Pro zajištění kontinuity péče je vhodné ještě před ukončením hospitalizace předat pacientovi kontakt na ambulantní zařízení v okolí místa svého bydliště (Kovářová et al., 2018). Pacienta lze odkázat i na vlastní zdravotní pojišťovnu. Každá zdravotní pojišťovna v České republice (Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (VZP), Vojenská zdravotní pojišťovna (VoZP), Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZPŠ), Revírská bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (RBP), Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP), Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP), Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky (ZPMVČR) má ze zákona č. 48/1997 Sb., zákon o veřejném zdravotním pojištění, § 40 odst. 10) a) umožnit přístup k seznamu smluvních poskytovatelů zdravotních služeb (Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2024b; Česko, 1997). V praxi to znamená, že pokud pacient hledá například ergoterapeutickou ambulanci v okolí místa svého bydliště a neví, kde se nachází, může u svojí pojišťovny požádat o seznam smluvních poskytovatelů zdravotních služeb na ambulantní ergoterapii. Pojišťovna může seznam zaslat například na e-mail nebo odkazovat na svůj online vyhledávač zařízení podle požadované odbornosti. Seznam poukazuje pouze na nasmlouvaná zařízení, nikoliv jaká je aktuální kapacita zařízení a pro jakou klientelu je služba vhodná. Též je možnost využít

seznam ergoterapeutických zařízení na stránkách České asociace ergoterapeutů (ČAE), který je doplněn pro jakou cílovou skupinu je zařízení zaměřené, popřípadě pro jaké diagnózy (např. neurologické, ortopedické, chirurgické atd.) a typ zařízení (ambulantní, lůžkový, stacionář atd.). Z poslední aktualizace ČAE z 19.2.2024 vyplývá, že 179 zařízení poskytuje ergoterapii v České republice (Česká asociace ergoterapeutů, 2024b).

2.5.3 Terénní služby

Česká republika má přes 10,9 milionů obyvatel z toho je přibližně 1350 ergoterapeutů (Český statistický úřad, 2024b; Rodová et al., 2021). Podle nejnovějších poznatků připadá v ČR 13,03 ergoterapeutů na 100 000 obyvatel (Söderström a Weitzlmair, 2023). Dle nedávného výzkumu se ukázalo, že převážně většina z nich (až 77 %) pracuje ve zdravotnické sféře, dalších 18 % v sociálních službách, pouhé 2 % pracuje v oblasti vzdělání a další 2 % ergoterapeutů má soukromou praxi. Nadále z nich až 68 % pracuje s dospělými jedinci a pouze 15 % zajišťuje domácí návštěvy v přirozeném prostředí pacienta (Rodová et al., 2021). Ve vyhlášce o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků č. 55/2011 Sb., jsou popsány možné úkony ergoterapeuta, které zahrnují nácvik personálních a instrumentálních běžných denních činností, ale i poradenství v oblasti domácího prostředí obsahující analýzu a doporučení vhodných kompenzačních pomůcek (Česko, 2011). Zhodnocení domácího prostředí je neobjektivnější při jeho návštěvě. V České republice nejsou domácí návštěvy ergoterapeutem dostatečně legislativně ani finančně ukotveny a tak se provádějí jen minimálně. Největšími bariérami je finanční a časová náročnost. Oproti tomu jsou ve světě domácí návštěvy častější (např. Velká Británie, Kanada, Spojené státy americké, či Austrálie) (Rohlenová, Švestková a Čihařová, 2017).

Terénní služby jsou poskytovány v rámci sociální rehabilitace a ergoterapeut může vykonávat nácvik všedních denních činností v domácím prostředí klienta za poplatek (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2020). V současné době existuje pouze omezené množství zařízení, které poskytují domácí ergoterapii za poplatek a nemusí se jednat jen o sociální sféru poskytování služeb. Jedná se například o Fyzioland s.r.o., Komplexní domácí péče Ezra, Ergoterapie Doma a Ergorehabilitace (Bilíková, 2024; Fyzioland, 2024; Komplexní domácí péče Ezra, 2023; Heczková, 2013).

2.5.4 Domácí zdravotní péče a současný stav ergoterapie

V České republice se vyskytuje domácí zdravotní péče, která je poskytována formou ambulantní a je určena pojištěncům v akutním nebo chronickém stavu ve vlastním domácím prostředí (Strnadová et al., 2020). „*Domácí péče je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti*“ (Strnadová et al., 2020). Dle zákona 372/2011 Sb., o zdravotních službách je součástí ošetrovatelská, léčebně rehabilitační a paliativní péče a jejím obsahem je podpora jedince v sebeobslužných úkonech, sebeděči, vedení k jeho soběstačnosti a nezávislosti na druhých osobách (Strnadová et al., 2020; Česko, 2011). Podle stejného zákona může ergoterapeut provádět nácvik běžných denních činností, pracovních a zájmových aktivit v sociálním prostředí pacienta a přesto ergoterapeutická profese není pevně legislativně ani finančně ukotvena v konceptu domácí péče (Strnadová et al., 2020; Česko 2011).

2.5.5 FT Poukaz a indikace ambulantní ergoterapeutické péče

Hrazenou ambulantní ergoterapeutickou péčí musí nejprve indikovat a předepsat ošetřující lékař. Žádanku na ambulantní ergoterapii může vypsát praktický lékař nebo další ambulantní specialisté (například neurolog, ortoped, kardiolog a další) (Národní zdravotnický informační portál, 2024b; Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2023a).

Žádanka na ambulantní ergoterapii se vypisuje na FT poukaz, tedy na poukaz, který je určen pro předepsání fyzioterapeutické a ergoterapeutické péče. Platí stejná pravidla jako při předepsání fyzioterapie (Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, 2009). Liší se však v indikovaných ergoterapeutických kódech. V současné době jsou hrazené následující ergoterapeutické kódy, které jsou shrnuty v *Tabulka 2.5.5.1* (Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2016a).

Tabulka 2.5.5.1 Seznam ergoterapeutických kódů hrazených pojišťovnou (vlastní zpracování)

Číslo výkonu	Název výkonu	Doba trvání výkonu
21609	Specializované ergoterapeutické vyšetření při zahájení ergoterapie	45 minut
21610	Specializované kontrolní ergoterapeutické vyšetření	45 minut
21611	Vyšetření ergoterapeutem při zahájení ergoterapie	45 minut
21612	Klasifikování podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví	30 minut
21613	Vyšetření ergoterapeutem kontrolní	30 minut
21614	Ergoterapeutické vyšetření pro navržení vhodných technologií a produktů	20 minut
21621	Individuální ergoterapie základní	30 minut
21622	Ergoterapeutické metody na neurofyziologickém podkladě	45 minut
21623	Individuální ergoterapie s využitím dílen	30 minut
21625	Nácvik všedních denních činností – ADL	30 minut
21627	Ergoterapie skupinová základní	11 minut
21629	Ergoterapie skupinová s využitím dílen	11 minut
21631	Cílená ergoterapie ruky	30 minut

V praxi se setkáme s tím, že praktický lékař je neznalý ohledně náplně práce ergoterapeuta a předepisování ergoterapeutické péče na FT poukaz (Hoidekrová, Rodová a Sládková, 2022). Z tohoto důvodu je na následujícím *Obrázek 2.5.5.1* ukázka indikované žádanky na ambulantní ergoterapeutickou péči pro pacienta po získaném poškození mozku. Konkrétně se jedná o pacienta po cévní mozkové příhodě.

Obrázek 2.5.5.1 Ukázka vyplněného poukazu na ambulantní ergoterapii u pacienta po získaném poškození mozku (vlastní zpracování)

Kód pojišťovny 2 x x	požaduje díl A	IČP x x x x x x x x Odbornost x x x	Datum 16.02.24	Požadováno poskytnutí FT v domácím prostředí na adrese:
POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ FT				Lékařská kontrola dne:
Pacient LENKA NOVÁKOVÁ	Č. pojištěnce x x x x x x 5184	Základní diagnóza I 693	razítko a podpis požadujícího	
Variabilní symbol	Ost. dg. G 819	Kód náhrady		
Odeslán ad:				
Stav vyžadující FT: ST. PO ČEVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ - PRAVOSTRANNÁ HEMIPLEGIE				
Cíl, kterého má být dosaženo: ZVÝŠENÍ FUNKCE HORNÍ KONČETINY, VÝBĚR KP PRO SOBĚSTAČNOST				
Rizika na straně pacienta, upozornění: EXPRESIVNÍ APAZIE				
Požadováno: (Pro úhradu zdravotní pojišťovnou je v předpisu nezbytná jednoznačná specifikace procedury, její trvání v minutách a celkový počet procedur)				
21609	SPECIALIZOVANÉ ERGOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ PŘI ZAHÁJENÍ ERGOTERAPIE 45' 1x			
21621	INDIVIDUÁLNÍ ERGOTERAPIE ZÁKLADNÍ, 30', 10x			
21631	CÍLENA ERGOTERAPIE RUKY, 30', 10x			

2.6 Faktory ovlivňující rehabilitaci u pacientů po získaném poškození mozku

2.6.1 Věk a pohlaví

Základním ukazatelem je věk, který je neovlivnitelný. Předpokládá se, že u starších jedinců bude snížena účinnost rehabilitace. Toto tvrzení podporuje studie, která poukazuje, že pacienti nad 76 let vykazovali menší funkční zlepšení horních končetin než mladší jedinci. Neznamená to však, že lidé staršího věku by neměli mít přístup k neurorehabilitaci a neprofitují z ní (Broc a Schnider, 2023; Karaahmet et al., 2018).

Poukazuje se na zvýšenou prevalenci získaného poškození u mužů, přestože ženy mají vyšší rizikové faktory. Riziko vzniku získaného poškození mozku u žen roste zhruba o 30 % při hypertenzi ve stádiu 2, při obezitě, 25 % při diabetu mellitus a 20 % při kouření. Výsledek studií zaměřující se na průběh rehabilitace žen a mužů je velmi variabilní. Nedávná studie ukazuje, že není významný rozdíl v pohlaví k dosažení funkčního výsledku a další poukazuje na zhoršenou prognózu u žen než u mužů. Ze studie vyplývá, že těžší motorické a funkční poruchy měli pacienti s nadváhou (Queensland Government, 2022; Peters et al., 2020; Scrutinio et al., 2020; Karaahmet et al., 2018).

2.6.2 Neuroplasticita mozku a mechanismus vzniku cévní mozkové příhody

V neposlední řadě má zásadní význam pro neurorehabilitaci neuroplasticita mozku, která podporuje zlepšení trvalých, dlouhodobých a funkčních výsledků. Jde o komplexní děj, především o souhru synaptickým, buněčných, molekulárních procesů, kdy dochází k funkční a strukturální reorganizaci mozku v důsledku poškození. Je známo, že osoba mladšího věku má více plastičtější mozek než starší jedinci a díky tomu má mladší jedinec předpoklad pro větší adaptace na změny v mozku (Aderinto et al., 2023; Prosperini et al., 2015; Kleim a Jones, 2008).

Prognostickým ukazatelem může být též mechanismus vzniku cévní mozkové příhody. Globálně se považuje ischemická cévní mozková příhoda za prognosticky lepší, jelikož hemoragická (ať už se jedná o intracerebrální nebo extracerebrální krvácení), postihuje větší část mozkové tkáně. Nedávná japonská studie ukázala, že pacienti po ischemické cévní mozkové příhodě dosahují na lepší funkční výsledky než pacienti po hemoragické. Celosvětově se odhaduje, že zhruba 85 % cévních mozkových příhod je způsobeno ischemií a 15 % hemoragií (Stroke Association, 2022b; Růžička, 2021; Perna a Temple, 2015).

2.6.3 Kognitivní deficity

Přítomnost kognitivních deficitů ovlivňuje proces rehabilitace. Výskyt kognitivních obtíží je v literatuře variabilní. Většina studií uvádí, že v prvním roce po cévní mozkové příhodě u zhruba 38 % pacientů přetrvává kognitivní deficit. Jedna ze studií poukazuje až přes 70 % pacientů trpí kognitivními dysfunkcemi vlivem získaného poškození mozku (Rost et al., 2022; Sexton et al., 2019). Především se jedná o oblast paměti, koncentrace, pozornosti, ale mohou být i poruchy orientace, prostorového vnímání, exekutivních a psychosociálních funkcí. Právě kognitivní poruchy mohou negativně ovlivnit nejen proces rehabilitační, ale i problémy se začleňováním jedince zpět do společnosti (De Luca, Calabrò a Bramanti, 2018; Pfeiffer a Sabe, 2015).

Častým kognitivním deficitem u pacientů po získaném poškození mozku je prostorový neglekt způsobující změnu pozornosti a vnímání prostoru. Tyto změny se negativně promítají do provádění všedních denních aktivit (do oblékání, denní hygieny, jedení, čtení či sociální interakce s okolím) (Hoidekrová a Vilimovský, 2022). Vyskytuje se především u pacientů po cévní mozkové příhodě, kdy se prevalence v akutní a v subakutní fázi odhaduje na 30–50 % (Chen et al., 2023). Poukazuje se na nedostatečné diagnostikování prostorového neglektu

i přes velké množství diagnostických nástrojů (Hoidekrová a Vilimovský, 2022). Aktuálně byl vydán Český manuál Hodnocení prostorového neglektu (KF-NAP), který posuzuje jeho stupeň u dospělých jedinců po získaném poškození mozku prostřednictvím pozorování ve vybraných všedních denních aktivitách (Chen et al., 2023).

2.6.4 Únava

Únava může být spojována se změněným psychickým stavem jedince a může vést k dalším příznakům jako úzkost a deprese (Legast et al., 2022). Včasná antidepressivní léčba má pozitivní vliv nejen na kognitivní funkce, ale i na fyzické (Khot a Morgenstern, 2019; Robinson a Jorge, 2016). Jedna z příčin deprese může být v důsledku spánkových poruch, se kterými se potýká téměř 50 % pacientů. Mezi poruchy spánku řadíme poruchy nespavosti, hypersomlenci, poruchy spánku a bdění, parasomnií a další (American Academy of Sleep Medicine, 2023). Nedávný výzkum naznačil souvislost mezi délkou spaní, kdy lidé spí více než 9 hodin mají vyšší riziko vzniku cévní mozkové příhody (Zhou et al., 2020). U pacientů 18–64 let se doporučuje pravidelný spánek 7 až 9 hodin denně a nad 65 let se udává 7 až 8 hodin spánku (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2022).

2.6.5 Životní styl a diabetes mellitus

Důležitým prediktorem úspěšné rehabilitace je životní styl jedince před cévní mozkovou příhodou a jeho zdravotní stav. Prognózu negativně ovlivňuje vyšší věk pacienta, vysoký počet komorbidit, kouření, poruchy spánku, obezita, ale dokonce i pacienti mající stavy úzkosti. Studie potvrdila, že pacienti s úzkostí mají sníženou motorickou a funkční odpověď na rehabilitaci a z tohoto důvodu je nutné zajistit jejich optimální well-being (Karaahmet et al., 2018; Kirkevold et al., 2018).

Vliv na průběh rehabilitace mohou mít civilizační choroby, které jsou spojeny se špatným životním stylem jedince. Mezi civilizační chorobu lze zařadit diabetes mellitus 2. stupně, obezitu a další onemocnění. Diabetes mellitus patří mezi rizikové faktory, které napomáhají ke vzniku nejen k získanému poškození mozku, ale i kardiovaskulárních onemocnění. Odhaduje se, že na celém světě je 422 milionů diabetiků a jeho prevalence rapidně roste (Národní zdravotnický informační portál, 2024a; World Health Organization, 2024a; Karásek, 2018).

V roce 2021 Česká republika evidovala 1 066 389 diabetiků a v roce 2030 se odhaduje nárůst až na 1 200 000 obyvatel. Také se ukazuje, že pacienti trpící diabetem mellitus vykazují

zhoršené kognitivní funkce, sníženou funkci horních končetin a s tím i spojený snížený výkon ve všedních denních aktivitách s porovnáním s nediabetiky (Paker et al., 2016).

Studie, která zahrnovala 365 383 pacientů po cévní mozkové příhodě odhalila, že pokud pacient trpí fibrilací síní po cévní mozkové příhodě, má vyšší pravděpodobnost k její recidivě do 5 let (Buckley et al., 2022).

2.6.6 Změněný svalový tonus

Pacienti po získaném poškození mozku ztratí optimální svalový tonus na postižené straně. Může se jednat o snížení, zvýšení nebo o jejich kombinaci, které mohou vést k dalším sekundárním obtížím (Rehabilitace po cévní mozkové příhodě, 2004).

Mezi časté komplikace po získaném poškození mozku řadíme spasticitu, která vznikla na podkladě poruchy centrálního motoneuronu. Projevu se zvýšením svalového tonu při rychlém protažení daného svalu a rozvíjí se již v prvních dnech po poškození. Dosah maxima poškození svalů se odhaduje v prvních 3 měsících. Bylo prokázáno, že spasticita se vyskytuje více na horních končetinách než na dolních a může vést ke snížení soběstačnosti ve všedních denních činnostech. Výskyt je variabilní a nelze předpovědět u koho bude rozvinuta a u koho nebude (Růžička, 2021; Sunnerhagen, Opheim a Murphy, 2019; Jech, 2015; Štětkařová, 2013).

2.6.7 Komunikace, afázie a socio-environmentální vztahy

Obecně můžeme říci, že je důležitá nejen spolupráce interdisciplinárního týmu, ale také spolupráce pacienta s terapeutem. Tato spolupráce může být narušena v důsledku afázie. Jedná se o poruchu porozumění řeči a její produkce. S afázií mohou být propojeny další obtíže jako je alexie, agrafie, akulkulie, dysatrie či orální nebo verbální apraxie, které pacienta omezují opět při všedních denních aktivitách (Asociace klinických logopedů České republiky, 2024).

V praxi to může znamenat problémy v komunikaci mezi pacientem a ošetrovatelským personálem, jeho rodinou, terapeutem a celkově v běžných denních aktivitách (např. při nákupu a placení potravin).

Důležitými faktory jsou socio-environmentální vztahy osoby po získaném poškození mozku. Terapeut by měl vědět do jakého domácího prostředí bude pacient navrácen a zda bydlí sám nebo sdílí domácnost s rodinou. Neboť pokud pacient bydlí sám a odchází do domácího prostředí musí vykazovat určitý stupeň soběstačnosti před návratem (Chevalley et al., 2023).

2.6.8 Motivace

V poslední době má motivace významný podíl na rehabilitaci. Můžeme ji rozdělit na vnější a vnitřní. Jak již z názvu vypovídá, vnitřní motivace znamená, že vychází zevnitř osoby, která chce dosáhnout na určitý cíl. Druhou možností je vnější motivace, kdy je osoba motivována na základě vnějšího impulzu k dosažení určitého cíle (Prukner, 2014). Vnitřní motivace může být, že pacient po získaném poškození mozku si dal za cíl obléknout si triko s dlouhým rukávem za adekvátní čas. Bude proto dělat veškeré úkoly k dosažení svého cíle. U vnější motivace je pacient motivován například skrz terapeuta, který se snaží motivovat jedince k lepším výsledkům prostřednictvím odměn.

Motivace může mít nejen pozitivní vliv, ale i negativní. Negativní motivace může být, když pacient má strach ohledně svého funkčního zdravotního stavu a ví, že musí cvičit, aby se jeho stav nezhoršil, ale zlepšoval se. Tudiž i negativní emoce jedince mohou vést pacienta k lepším výsledkům. Na druhou stranu je zde riziko demotivace, které by mělo být předcházeno (Prukner, 2014).

Stroke Association popisuje několik doporučení, jak zůstat motivován, která jsou doplněna radami pacientů po cévní mozkové příhodě (Stroke Association, 2022c).

Zásadní vliv na motivaci při rehabilitaci má zdravotnický ošetrovatelský personál a terapeuti, kteří mohou pozitivně i negativně ovlivnit motivaci jedince svým chováním (Maclean et al., 2000).

Mezi další obtíže komplikující průběh rehabilitace můžeme zařadit senzorické a percepční poruchy, poruchy zraku a sluchu, emocionální rozpoložení či finanční překážky v následné péči a další (Mahak et al., 2018; Rehabilitace po cévní mozkové příhodě, 2004).

2.6.9 Pandemie covid-19 a jiná infekční onemocnění

Koncem roku 2019 a především v roce 2020 zdravotnictví zažilo pandemii covidu-19, který měl negativní dopad na kontinuitu péče u pacientů po získaném poškození mozku z důvodu omezeného provozu ambulantních a domácích zdravotních služeb a strachu pacientů z nakažení. Tudiž za další faktor ovlivňující rehabilitaci můžeme považovat pandemii či infekční onemocnění (Státní zdravotní ústav a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024; Burns et al., 2022; World Health Organization, 2020).

2.7 Faktory ovlivňující ambulantní ergoterapii

Počet ergoterapeutů pracujících v ambulantním režimu pomalu přibývá. Nejnovější studie ukazují, že na území České republiky pracuje zhruba 292 ambulantních ergoterapeutů. Ve srovnání s tím je pracujících fyzioterapeutů v ambulantní sféře téměř o 5 249 více než ergoterapeutů (Míková a Kučerová, 2023). Již z těchto statistik vyplývá, že nebude rovnoměrně zajištěna rehabilitační péče obou profesí. Přitom ambulantní ergoterapie a fyzioterapie usilují o zkvalitnění života jedince a jejich intervence má zásadní vliv na snížení dlouhodobé pracovní neschopnosti (Pergolotti et al., 2018).

Důležitou roli při zajištění a doporučení péče zastává všeobecný praktický lékař, ke kterému se doporučuje chodit na preventivní prohlídky, a to jednou za 2 roky, přestože osoba nepocítuje momentálně žádné problémy (Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2024c; Česko, 2013). Právě praktický lékař může mít podezření na onemocnění, zahájit diagnostiku a odeslat pacienta na specializované vyšetření. Jedním z nich může být vyšetření ergoterapeutem, který dle ustanovení § 7 zákona č. 96/2004 Sb. může poskytovat preventivní, diagnostickou, léčebnou, rehabilitační a paliativní péči (Bačová a Bačová, 2016; Česko, 2004).

Výhodou ergoterapie je, že ergoterapeut pracuje s různou věkovou kategorií a variabilními diagnózami. Zaměřuje se na nácvik všedních denních činností, vybírá s pacientem kompenzační pomůcky, hodnotí motoriku a funkci horních končetin, může provádět terapii orientovanou na kognitivní funkce, evaluovat domácí nebo pracovní prostředí s následným doporučením o jeho přizpůsobení vzhledem zdravotnímu stavu, provádět předpracovní rehabilitaci, ergodiagnostiku a mnohem víc (Česká asociace ergoterapeutů, 2024a; Krivošíková, 2011).

Spolupráce praktického lékaře a ergoterapeuta je oboustranně výhodná z hlediska zkvalitnění a dostupnosti péče. Praktický lékař předepíše žádanku na ambulantní ergoterapii, čímž zkvalitní své služby a ergoterapeutovi je zprostředkován budoucí pacient. Navíc ulehčí práci praktickému lékaři s předepisováním kompenzační pomůcky, kdy ji ergoterapeut vybere s pacientem a následně do závěrečné ergoterapeutické zprávy napíše její kód. Praktický lékař ji pak může předepsat na základě zprávy od ergoterapeuta (Hoidekrová, Rodová a Sládková, 2022).

Současná situace v České republice ohledně spolupráce praktického lékaře a ergoterapeuta při předepisování žádanky na ambulantní ergoterapii je stále v počátcích. Negativní vliv na předepsání ambulantní ergoterapie je způsobena neznalostí praktických lékařů ohledně kompetencí ergoterapeutické profese. Důsledkem zpomalení rehabilitačního

procesu mohou vzniknout prohlubující se obtíže pacienta, zhoršení zdravotního a funkčního stavu následkem absence indikace ergoterapeutického vyšetření již u návštěvy praktického lékaře (Hoidekrová, Rodová a Sládková, 2022).

Další překážkou v poskytování ambulantní ergoterapie je velmi nízká úhrada ergoterapeutických výkonů při vykazování na zdravotní pojišťovnu, což může mít negativní dopad na motivaci ergoterapeutů pracovat v ambulancích (Hoidekrová, Rodová a Sládková, 2022). Pokud má zařízení uzavřenou smlouvu se zdravotními pojišťovnami může ergoterapeutickou intervencí vykazovat na zdravotní pojišťovnu pojištěnce a zároveň musí mít nasmlouvané jednotlivé kódy pro danou pojišťovnu. V České republice je 7 zdravotních pojišťoven (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2024b; Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2023b). Ergoterapeut je uveden v seznamu odborností pod číslem 917. Právě seznam odborností hraje důležitou roli v nasmlouvání zdravotní péče s jednotlivými pojišťovnami (Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2023c; Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2016b). Aktuálně existuje 13 ergoterapeutických kódů, které lze vykazovat na základě příslušné kvalifikace ergoterapeuta (S2 nebo S3). Ergoterapeut pro dosažení kvalifikace S2 musí splnit podmínky pro výkon povolání ze zákona č. 96/2004 Sb. a kvalifikaci S3 má ergoterapeut, který získal specializovanou způsobilost prostřednictvím certifikovaného kurzu nebo po získávání specializace v rámci vystudování magisterského titulu Ergoterapie pro dospělé na 1. lékařské fakultě univerzity Karlovy (Univerzita Karlova, 2024; Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2016a; Česká asociace ergoterapeutů, 2015).

Konkrétně tedy ergoterapeut s kvalifikací S2 může vykazovat, po nasmlouvání jednotlivých kódů s pojišťovnami, následující výkazy: 21611, 21613, 21614, 21621, 21623, 21625, 21627, 21629. Ergoterapeuti s kvalifikací S3 nadále mohou i vykazovat na pojišťovnu následující kódy: 21609, 21610, 21612, 21622, 21631 (Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2016a).

Mezi další bariéru ovlivňující ambulantní ergoterapii řadíme neadekvátní naplánování rehabilitačního procesu. Místo toho, aby praktický lékař předepsal rovnou žádanku na vyšetření a terapii k ergoterapeutovi, pacient nejdříve absolvuje na doporučení praktického lékaře prohlídku u rehabilitačního lékaře. Následně je až poté pacient indikován na ergoterapii, pokud to rehabilitační lékař uzná za vhodné (Hoidekrová, Rodová a Sládková, 2022).

Poukazuje se také na zvyšující potřeby dlouhodobé rehabilitace a zároveň se snižuje nabídka ergoterapeutických služeb zejména v rurálních oblastech. Za další bariéru můžeme

považovat dobu dojíždění za službou a zajištění transportu (Hung a Fong, 2019; Hempler et al., 2018).

Dalším důležitým faktorem je rodina, která patří mezi klíčové aspekty k uzdravení či dosažení optimálního stupně soběstačnosti. Mohou být pečovateli, koordinovat péči a zajistit transport na jednotlivé terapie. Zároveň pacientův stav může být natolik závažný, že z rodinného příslušníka se stává pečovatel a ve většině případech se musí vzdát dosavadního zaměstnání, čímž se sníží příjmy a dochází k negativnímu ovlivnění celé rodiny (Hempler et al., 2018; Winstein et al., 2016).

2.8 Telerehabilitace a distanční terapie

Nejnovější zahraniční doporučené postupy obsahují již kapitoly o telerehabilitaci, kterou lze zařadit do následné péče. Řadíme ji k novějším možnostem, které by měly být zváženy zejména u pacientů žijících v rurálních oblastech, kteří nemají dostupnou ambulantní nebo komunitní péči v místě svého bydliště (Navrátil et al., 2022; Pětioký, Hoidekrová a Grünerová-Lippertová, 2022; Teasell et al., 2020; Winstein et al., 2016). Poukazuje se na problém snížené dostupnosti či absence specialisty, která vede ke snížení nebo absenci domácího cvičení, což může mít za následek zhoršování funkčního stavu (Navrátil et al., 2022).

Synchronní on-line telerehabilitace je terapie, která se uskutečňuje v digitálním prostředí za reálného času (ve stejný čas komunikuje terapeut s pacientem). Do této kategorie spadají i telefonické hovory a videokonference, které probíhají v zabezpečeném prostředí podle daných standartů. Můžeme se setkat také s pojmem distanční terapie, která je na rozdíl od telerehabilitace poskytována v tzv. off-line režimu, kdy pacient cvičí samostatně například přes terapeuticko-herní aplikace s biofeedbackem nebo komunikace s terapeutem je asynchronní. Do této kategorie můžeme zařadit například zařízení Handtutor, HomeBalance Care, Rehamza, textové zprávy nebo komunikace přes e-mail (HomeBalance, 2022; Pav, 2022; Pětioký, Hoidekrová a Grünerová-Lippertová, 2022; MediTouch, 2018; Rehamza, 2015). Tento druh terapie je doménou zejména nelékařských profesí, kdy mezi ně řadíme i ergoterapeuta (Pětioký, Hoidekrová a Grünerová-Lippertová, 2022).

Stále je nízký počet ergoterapeutických ambulancí zaměřených na pacienty po získaném poškození mozku, ve kterých by mohli po ukončení ústavní hospitalizace pokračovat. Jedním z využití může být právě telerehabilitace, která by zajišťovala kontinuitu rehabilitační péče. Studie poukazuje na možné využití ergoterapeutické telerehabilitace u pacientů po získaném poškození mozku s lehkým motorickým deficitem na horní končetině. Studie dokazuje možné

zlepšení jemné motoriky, koordinace a motorického tempa na horní končetině a pokud docílíme zlepšení hybnosti v horní končetině, dochází pozitivního ovlivnění jedince při provádění všedních denních aktivit (Hoidekrová et al., 2021).

V zahraničí ergoterapeuti mohou využívat telerehabilitaci v rámci evaluace domácího prostředí s následnou analýzou bariér. Velikou výhodou jsou nízké cestovní náklady za pacientem do domácího prostředí a úspora času při transportu (Ninnis et al., 2018).

Další studie nám poukazuje na vybavení kompenzačních pomůcek do koupelny a na toaletu prostřednictvím fotografií skrz rodinného příslušníka. Srovnávají domácí návštěvu ergoterapeuta a metodu zaslání fotografie k předepsání kompenzačních pomůcek. Došlo se k závěru, že kombinace pořízení fotografie, seznamu vybavení, měření místnosti a osobního rozhovoru s pacientem se zdá být spolehlivou metodou k předepsání pomůcek do koupelny a na toaletu. Na druhou stranu důležitým aspektem je důvěra pacientů k ergoterapeutovi, jelikož se ukázalo, že až 57 % pacientů nemělo důvěru zasílat fotografie ergoterapeutům přes e-mail (Sim, Barr a George, 2014).

2.9 Case management v rehabilitaci

Z anglického překladu můžeme slovo „Case“ přeložit jako příklad nebo kauzu a slovo „Management“ vychází ze slovesa „to manage“ tedy řídit, vést, organizovat. Kdybychom doslovně přeložili slovní spojení do českého jazyka vznikl by nám pojem případové řízení. Aktuálně tento pojem nemá český ekvivalent a i v České republice se nadále využívá anglický název (Dosoudilová, 2020). Za vznik se považuje začátek 20. století ve Spojených státech amerických (USA) a mezi první odborníky poskytování se považují zdravotní sestry a sociální pracovníce (Case Management Society of America, 2024). Za jeden z největších zlomů se považují 60. a 70. léta minulého století, kdy byla snaha o deinstitucionalizaci psychiatrické péče, tedy kladen větší důraz na ambulantní a komunitní centra a s tím spojené hledání nových možností zajišťující dlouhodobé potřeby osob. Mezi jednu z nejznámějších asociací zabývajících se case managementem, ohledně nových publikací, vzdělávání a rozšíření povědomí řadíme Case Management Society of America (Hubíková, 2018; Case Management Society of America, 2008a).

Aktuálně v České republice není příliš rozšířen. Existuje limitující počet publikací v českém jazyce, zároveň se potýkáme s nejednotnou terminologií a neexistuje jeho společná oficiální definice (Hubíková, 2018). Jedna z definic uvádí, že „*Case manažeři jsou zdravotničtí pracovníci, kteří slouží jako obhájci pacientů, kteří podporují, vedou a koordinují péči*

o pacienty, rodiny a pečovatele na jejich cestě za zdravím a zdravím“ (Case Management Society of America, 2008b). Tudíž osoba, která vykonává case management je označuje jako case manager.

V současné době se vyskytuje v různých sférách – ve zdravotnictví, v sociální oblasti, právní služby a další (Hubíková, 2018). V rámci problematiky u osob po získaném poškození mozku je na tuto pozici vhodným kandidátem osoba, která má nejlépe dosažené vzdělání v oboru zdravotním a sociálním (Šimová, 2023). Tuto skutečnost podporuje, že následná péče je poskytována od Ministerstva zdravotnictví ČR a Ministerstva práce a sociálních věcí ČR z toho vyplývá, že se osoba musí orientovat ve dvojí legislativě až po způsob financování budoucích zdrojů pro zajištění potřebných následných služeb pacienta (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2020; Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2012).

U osob po získaném poškození mozku mohou přetrvávat nadále fyzické, komunikační či kognitivní dysfunkce, které mohou omezovat jedince při vykonávání všedních denních aktivit, ale i při zajištění následné péče. Poukazuje se na problémy s návazností a dostupností služeb a na nedostatečné informace o získaném poškození mozku pro pečující o osobu (Randlová, 2023a; Stiekema et al., 2020a; Pindus et al., 2018).

Pacient po získaném poškození mozku vyžaduje komplexní péči, která nelze zajistit pouze jednou profesí. Právě pro zajištění kontinuity péče se doporučuje předat kontakt na case managera, který by mohl z analyzovat aktuální potíže pacienta, poskytnout důležité informace nebo pomoci najít a zajistit přístup ke konkrétní péči (Stiekema et al., 2020b).

Lze říci, že case management má několik pozitiv při péči o pacienta po získaném poškození mozku. Díky case managementu je docíleno minimalizace chybných rozhodnutí, které vznikly na základě nepřesných informací. Dále zkvalitňuje potřebné služby pro pacienta, pomůže ve finanční úspoře a v neposlední řadě se na celém procesu pacient aktivně podílí (Svoboda et al., 2010).

Ukazuje se také na jeho nedostatečnou informovanost využití u neformálních pečovatelů (rodina, příbuzní a další), kdy 78 % uvedlo, že pečovalo o svého blízkého s absencí formálních poskytovatelů služeb. Z jedním z důvodů byla nedostatečná dostupnost služby, její omezená kapacita nebo omezené finanční prostředky pečujících (Sedlářová, 2023).

V České republice se touto oblastí pro osoby po získaném poškození mozku zabývá zařízení ERGO Aktiv o.p.s., kde momentálně zastává práci case managera ergoterapeut. Službu mohou využívat pacienti a jejich rodinný příslušníci a to již od akutní fáze onemocnění po chronickou s cílem zvýšit kvalita života jedince po získaném poškození mozku (ERGO Aktiv, 2022b).

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíle práce

Hlavním cílem práce je zhodnocení dostupnosti ergoterapeutické péče po ukončení ústavní hospitalizace u pacientů po získaném poškození mozku v Rehabilitačním ústavu Kladruby v rámci Kranioprogramu.

Dílčí cíle

1. Zjistit četnost docházení k určitému specialistovi v prvním měsíci po ukončení ústavní péče v Rehabilitačním ústavu Kladruby.
2. Vytvořit aktuální seznam smluvních poskytovatelů zdravotních služeb pro ambulantní ergoterapii v České republice pro dospělé.
3. Snaha o zvýšení povědomí o samotné ergoterapii a ergoterapeutických ambulancích v České republice.

Výzkumné otázky

1. Kolik pacientů dochází na ambulantní rehabilitační péči po ukončení ústavní hospitalizace během prvního měsíce?
2. Jaká je frekvence docházení pacientů po získaném poškození mozku na ambulantní rehabilitační péči po ukončení ústavní hospitalizace v Rehabilitačním ústavu Kladruby?
3. Kolik pacientů má vystavenou žádanku na ambulantní rehabilitační péči?
4. Jak se pacienti dozvěděli o možnosti využití ambulantní ergoterapie?

Hypotézy

H1: Pacienti žijící ve městech nad 10 tisíc obyvatel dochází častěji na ambulantní rehabilitační péči než pacienti žijící pod 10 tisíc obyvatel.

H2: Pacienti po ukončení ústavní hospitalizace nedochází na ambulantní ergoterapii z důvodu nedostupnosti její péče.

H3: Pacienti ve vyšším věku (≥ 55 let) budou docházet méně často na ambulantní rehabilitační péči než mladší jedinci (≤ 55 let).

3.2 Metodologie diplomové práce

3.2.1 Zpracování teoretických východisek

Teoretická část vychází z odborných článků z českých a ze zahraničních časopisů, které byly vyhledávány v databázích (např. Web of Science, PubMed, Scopus, Google Scholar, Medline). Při vyhledávání odborné literatury byly použity Booleovské operátory AND, OR, NOT. Třídění odborných článků probíhalo na základě předem stanovených kritérií. Jednalo se o český nebo anglický text, ideálně publikace maximálně do 10 let s dostupným abstraktem a následně i s dostupným plným textem. Zejména byly vybírány přehledové studie a původní práce. Na výběr článku mělo datum publikace největší vliv. Téma a vhodnost se posuzovala na základě dostupného abstraktu a závěru z výsledků práce.

Při vyhledávání byla použita uvedená klíčová slova, která se lišila vzhledem návaznosti na jednotlivé kapitoly práce a byla dále rozšiřována. Pro vyhledávání odborné české literatury se nejvíce využívaly předklady z anglického jazyka (český předklad v závorce).

Klíčová slova: Availability (dostupnost), Outpatient (ambulantní pacient), Occupational Therapy (ergoterapie), Stroke (cévní mozková příhoda), Acquired Brain Injury (získané poškození mozku)

3.2.2 Typ práce

Jedná se o smíšený výzkum. První část je tvořena kvantitativním výzkumem realizovaným dotazníkovým šetřením. Zároveň jde o monocentrickou pilotní studii realizovanou v Rehabilitačním ústavu Kladruby od května 2023 do března 2024. Druhá část diplomové práce spadá spíše do kvalitativního výzkumu, kdy se vytvořil seznam smluvních poskytovatelů zdravotních služeb pro ambulantní ergoterapii se zaměřením na dospělé.

3.2.3 Výzkumný soubor

Práce je realizována na vzorku 50 respondentů po získaném poškození mozku, kteří absolvovali Kranioprogram v Rehabilitačním ústavu v Kladrubech a splňovali kritéria výběru do zařazení do studie. Nábor respondentů probíhal v Rehabilitačním ústavu v Kladrubech od května 2023 do března 2024, ale nábor probíhal pouze u těch pacientů, kteří byli přijati k ústavní hospitalizaci do 31. 12. 2023. Zařízení bylo zvoleno z důvodu výskytu specializované komplexní neurorehabilitační lůžkové péče zaměřenou na pacienty po získaném poškození

mozku. Všichni pacienti byli zhodnoceni pro vhodnost zařazení do studie na základě předem stanovených přijímacích kritérií (viz *Tabulka 3.2.3.1*).

Tabulka 3.2.3.1 Indikační a kontraindikační kritéria při výběru do studie (vlastní zpracování)

Indikační kritéria	Kontraindikační kritéria
Zařazen do Kranioprogram v Rehabilitační ústav Kladruby	Pacient již v době hospitalizace nedochází na ergoterapii
Pacient po získaném poškození mozku	Nespolupráce pacienta či rodiny
Pacient dochází po celou dobu hospitalizace na individuální ergoterapii	Překlad pacienta, pacient neodchází do domácího prostředí
Propuštěn z Kranioprogramu do domácího prostředí	Úmrtí při hospitalizaci
U pacientů s těžkou fatickou poruchou či kognitivním deficitem spolupracující rodina	Pacienti nebo rodinný příslušníci nezastihnuti či neplánované propuštění pacienta
Podepsaný informovaný	Pacient je cizinec
Minimální věková hranice 18 let	Pacient testoval pilotní verzi dotazníku

Kognitivní porucha byla zjištěna screeningovým testem Mini Mental State Examination (MMSE) a fatické problémy byly otestovány klinickým logopedem pomocí The Mississippi Aphasia Screening Testu – česká verze (MASTcz) na screening afázie a testu 3F na screening dysartrie.

Původní záměr sběru dat měl být uskutečněn ve všech zařízeních v České republice, kde se vyskytuje Kranioprogram (i v Rehabilitační ústav Hrabyně a Hamzova léčebna pro děti a dospělé Luže-Košumberk). Po konzultaci v zařízeních nedošlo k propojení projektu ve všech Kranioprogramech v České republice z důvodu absence personálního zajištění při vyplňování informovaných souhlasů a testů (MMSE, MASTcz, 3F).

3.2.4 Popis výzkumného vzorku

Do diplomové práce se očekávalo nábor 50 až 100 respondentů. Předpokládaný počet respondentů do studie byl stanoven na základě počtu přijetí pacientů do Kranioprogramu za roky 2020 (138 pacientů), 2021 (149 pacientů) a 2022 (152 pacientů) (Rehabilitační ústav Kladruby, 2022; Rehabilitační ústav Kladruby, 2021; Rehabilitační ústav Kladruby, 2020).

Předpokládalo se, že někteří pacienti nebudou jevit zájem o studii a někteří pacienti nebudou odcházet přímo z RÚ do domácího prostředí.

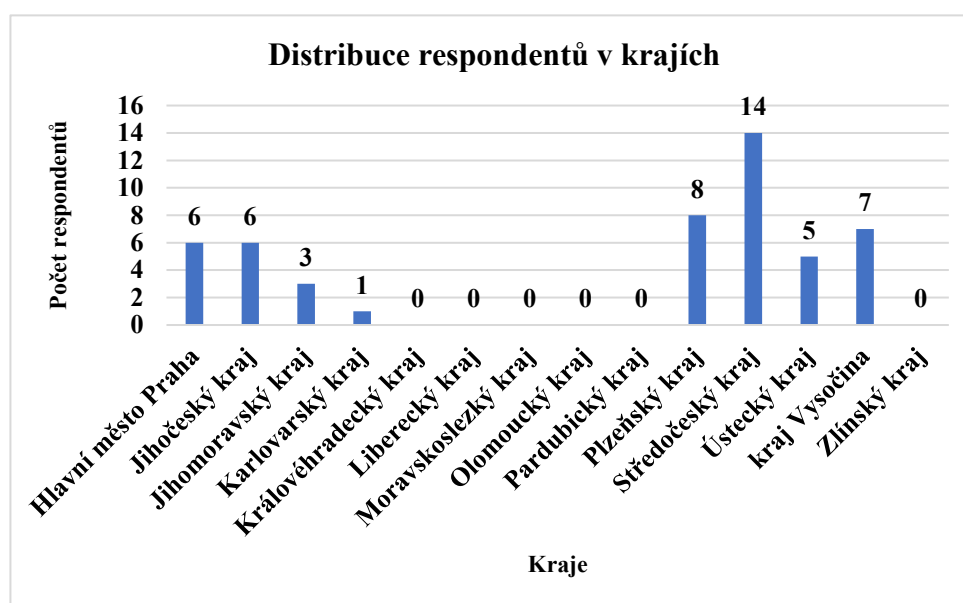
Před zahájením pilotní studie byla stanovena nejnižší možná hranice s 50 respondenty, která byla dodržena.

Tabulka 3.2.4.1 uvádí demografické charakteristiky výzkumného vzorku. Jedná se o 50 respondentů po získaném poškození mozku. Graf 3.2.4.1 poukazuje na distribuci pacientů v jednotlivých krajích, kteří se účastnili dotazníkového šetření.

Tabulka 3.2.4.1 Demografická charakteristika výzkumného vzorku (vlastní zpracování)

Pohlaví (absolutní četnost):	
- Ženy	14
- Muži	36
Věk (průměr, SD)	53,4 (± 15,1)
Poškození mozku (absolutní četnost):	
- iCMP	39
- hCMP	8
- TBI	2
- Infekční a metabolické onemocnění	0
- Jiné	1
Typ hemiparézy (absolutní četnost):	
- Levostranná	21
- Pravostranná	29
Dominance horní končetiny (absolutní četnost):	
- PHK	49
- LHK	1
Nejvyšší dokončené vzdělání (absolutní četnost):	
- Základní	0
- Středoškolské	43
- Vysokoškolské	7
Časová prodleva* (průměr dnů, SD)	177,2 (± 46,7)
Délka telefonického hovoru	12 m 7 s (± 5 m 6 s)
MMSE** (průměr bodů, SD)	24,8 (± 3,7)
MASTcz (průměr bodů, SD)	89,4 (± 19,1)
Test 3F (průměr bodů, SD)	77,0 (± 18,3)
<p>iCMP – ischemická cévní mozková příhoda; hCMP – hemoragická cévní mozková příhoda; TBI – traumatické poškození mozku; PHK – pravá horní končetina; LHK – levá horní končetina; m – minuta; s – sekunda; MMSE – Mini Mental State Examination; MASTcz – The Mississippi Aphasia Screening Test – česká verze; SD – směrodatná odchylka</p> <p>* dny, které uplynuly od vzniku onemocnění po telefonický hovor</p> <p>** test proveden pouze u 41 respondentů</p>	

Graf 3.2.4.1 Distribuce respondentů v jednotlivých v krajích (vlastní zpracování)



3.2.5 Metody tvorby dat

Dotazníkové šetření se zabývalo demografickými údaji a základními anamnestickými údaji. Po zařazení pacienta do studie byly zpětně ze závěrečných zpráv od jednotlivých specialistů doplněny informace zaměřující se na doporučení ambulantní ergoterapie, logopedie, fyzioterapie, psychologie a základních demografických údajů. Vzhledem k předem stanoveným kritériím bylo důležité zhodnotit kognitivní a fatické funkce. V případě těžkého fatického nebo kognitivního deficitu byla podmínkou spolupracující rodina.

Pro zhodnocení kognitivních funkcí byl použit screeningový standardizovaný test Mini Mental State Examination (Švestková, 2015). Tímto testem bylo otestováno 41 respondentů, zbylých 9 respondentů nebylo otestováno z důvodu přítomnosti expresivní či globální afázie nebo přítomnosti těžké až středně těžké dysartrie, případně jejich kombinace. Test MMSE je silně verbální test a v přítomnosti afázie či těžké dysartrie by mohlo dojít k ovlivnění výsledků. MMSE byl vybrán na základě jeho rozšířeného používání a k rychlému screeningovému zhodnocení kognitivních funkcí (Vaňásková, 2004). I přesto, že existují i další screeningové testy jako je Montrealský kognitivní test (MoCa), ukazuje se, že oba jsou vhodnými prediktory kognitivních funkcí po cévní mozkové příhodě (Cumming et al., 2013).

Další test měl za cíl zjišťovat fatické schopnosti jedince. U všech pacientů byl klinickým logopedem proveden The Mississippi Aphasia Screening Test – česká verze pro zjištění přítomnosti afázie a zajištění tak adekvátní odpovědi do dotazníkového šetření. MASTcz spadá

těž do screeningových testů (Košťálová, 2012). Druhý test provedl též klinický logoped pro zhodnocení stupně dysartrie. V České republice je používán Test 3F, který je určen i pro dospělé a výsledek testu označuje stupeň dysartrie; bez poruchy, velmi lehká dysartrie, lehká, středně těžká, těžká a velmi těžká (Košťálová et al., 2013; Roubíčková et al., 2011).

Pokud byla u respondenta ze závěrečné zprávy od klinického logopeda zjištěna přítomnost afázie či dysartrie, byla po předchozím souhlasu respondenta oslovena jeho rodina či jeho blízcí.

3.2.6 Popis postupu v rámci dotazníkového šetření

Před zahájením praktické části dotazníkového šetření bylo zažádáno povolení u etické komise, která výzkumnou část schválila (viz *Příloha 7*).

Dotazník byl konzultován s vedoucím diplomové práce a po oboustranném schválení dotazníku s vedoucím práce proběhl pilotní předvýzkum na 10 respondentech po získaném poškození mozku (i mimo Kranioprogram) během března a dubna 2023. Pacienti sloužící k ověření pilotního dotazníku museli být ze studie vyloučeni ($n = 3$). Jednotlivé připomínky od respondentů byly zpracovány a k finální podobě dotazníku (viz *Příloha 5*) bylo zapotřebí 19 pracovních verzí. Sběr dat mohl být zahájen v květnu 2023.

Respondenti byli osloveni ve chvíli stanovení datumu propuštění z ústavní hospitalizace. Následně byli posuzováni podle přijímacích kritérií. V případě, že pacient splňoval všechny podmínky, byl osloven, seznámen s projektem a s jeho souhlasem byl podepsán informovaný souhlas. Dotazníkové šetření bylo vyplňováno pomocí telefonního hovoru s pacientem po získaném poškození mozku (nebo po dohodě s jeho rodinou či blízkou osobou), a to 30 dní po ukončení ústavní hospitalizace v Rehabilitačním ústavu v Kladrubech.

V případě afázie či kognitivní dysfunkce (otestováno testy MASTcz, 3F, MMSE) byla po předešlém souhlasu kontaktována blízká osoba pacienta se získaným poškozením mozku z důvodu zajištění adekvátní odpovědi do dotazníkové šetření.

Pro zajištění návratnosti dotazníku byla možnost 5 dní před telefonním hovorem rozeslat na e-mail respondenta dotazník, na který bude skrz telefonický hovor odpovídat. Na zaslaný dotazník respondent neodpovídal. Tento způsob měl respondenta připravit na otázky, které mu budou během telefonního hovoru kladeny. Tuto možnost nevyužili všichni respondenti. Někteří odmítli poskytnout e-mail, nebo ho neměli. V takových případech nebyli nuceni poskytnout e-mail a byli pouze kontaktováni přes telefonní hovor. Řešitel projektu kontaktoval

vždy pacienty 3x. V případě nekontaktování respondenta na třetí pokus byl pacient vyloučen ze studie.

Dotazníkové šetření se zabývalo demografickými údaji, základními anamnestickými údaji, jako jsou věk, pohlaví, diagnóza, dominantní horní končetina, typ hemiparézy, vzdělání, tíhu kognitivního a fatického deficitu, doporučení ambulantní péče po ukončení ústavní hospitalizace (zaměřeno na závěrečné zprávy fyzioterapeuta, ergoterapeuta, psychologa a logopeda). Data byla získána ze zdravotní dokumentace kromě tíhy kognitivního deficitu pacienta, který byl testován testem MMSE před ukončením hospitalizace po podepsování informovaného souhlasu.

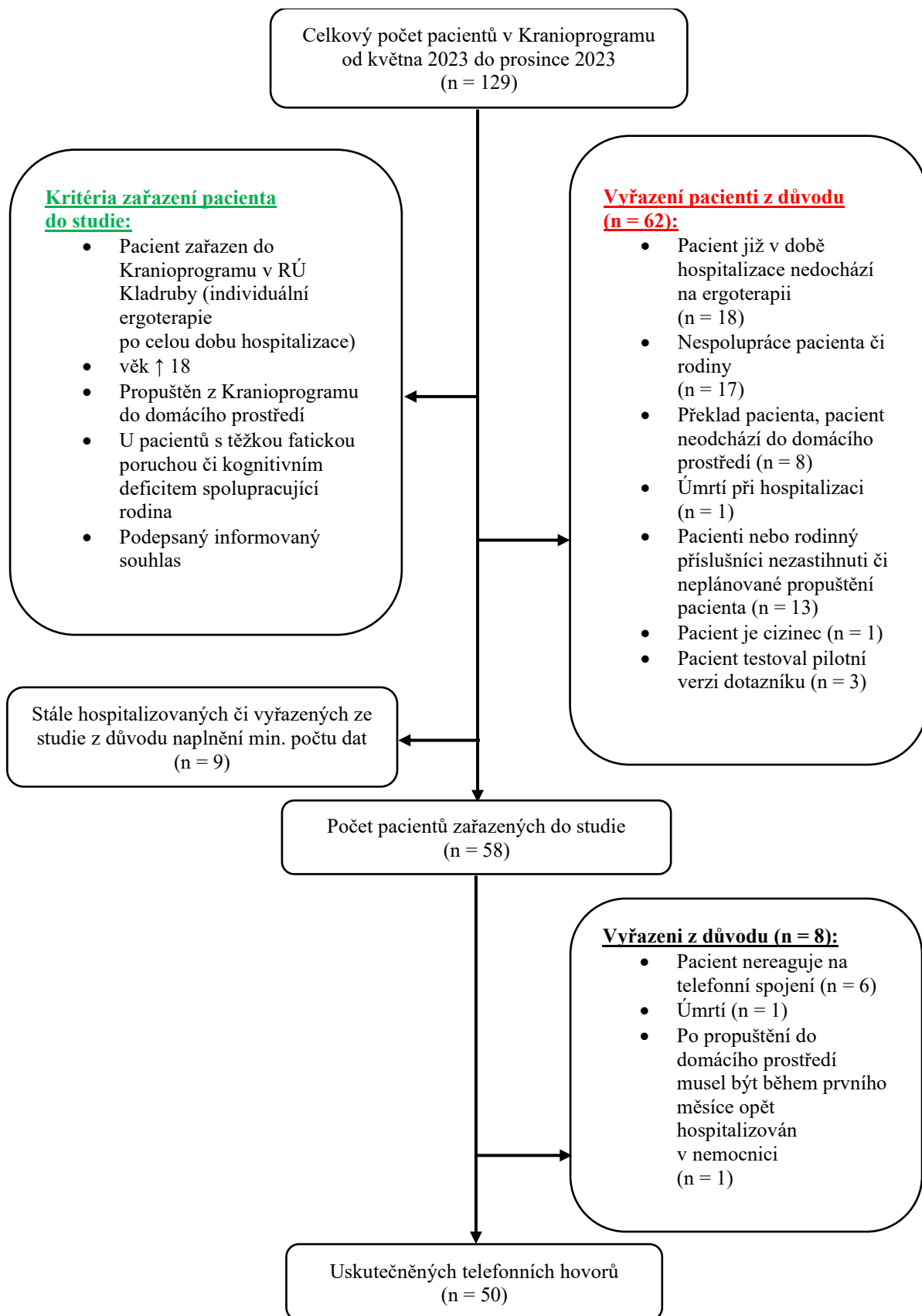
Dotazník je nejen zaměřen na kvantitativní informace, ale klade důraz i na kvalitativní složku. Byly zde zařazeny otázky ohledně doporučení ambulantní péče po ukončení ústavní hospitalizace, jestli dochází ke specialistovi a k jakému, zda navštěvuje ambulantní ergoterapii, popřípadě jaký je důvod její absence či frekvence. Z hlediska kvality ambulantní péče bylo poukázáno na informovanost možnosti oslovení své pojišťovny pro poskytnutí seznamu se smluvními pojišťovnami v okolí místa bydliště. Důležitou oblastí byla i doprava na terapie a její hrazení nebo pak doporučení kompenzačních pomůcek. Nedílnou součástí bylo vystavení žádanky na ambulantní rehabilitační péči. V rámci ambulantní péče zde byly kladeny otázky, které se dotazují na komplexní centra pro léčbu spasticity, které řadíme mezi ambulantní zdravotní služby.

Jednotlivé odpovědi od respondentů byly zapisovány řešitelem projektu na vytištěnou formu dotazníku formou papír-tužka. Po vyplnění dotazníkového šetření a zmapování, jaké služby pacient využívá či nevyužívá, mu byla nabídnuta zpětná vazba pro možnost zajištění dalších služeb (zdravotních i sociálních), ze kterých by mohl profitovat. Po skončení telefonního rozhovoru byla zaznamenána jeho délka a s kým telefonický hovor probíhal (pacient vs. jeho rodina).

Pro zajištění anonymity respondentů byly jednotlivé dotazníky vedeny pod číslem.

Následující *Obrázek 3.2.6.1* poukazuje na vývojový diagram respondentů v rámci dotazníkového šetření v rámci diplomové práce.

Obrázek 3.2.6.1 Vývojový diagram respondentů do diplomové práce (vlastní zpracování)



3.2.7 Popis postupu k získání aktuálního seznamu ergoterapeutických ambulantních zařízení v České republice

Zatímco probíhalo dotazníkové šetření, bylo v září 2023 skrz e-mail požádáno u jednotlivých pojišťoven o seznam smluvních poskytovatelů zdravotních služeb pro ambulantní ergoterapii, ambulantní fyzioterapii, ambulantní logopedii a ambulantní psychologii. Konkrétně se jednalo o všech 7 pojišťoven v České republice – VZP, VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP, ZPMVČR. Ze zákona č. 48/1997 Sb., zákon o veřejném zdravotním pojištění, § 40 odst. 10) a), mají pojišťovny umožnit přístup k seznamu smluvních poskytovatelů zdravotních služeb a na základě tohoto zákona se žádalo o poskytnutí jmenovaného seznamu (Česko, 1997). Některé z pojišťoven mají dokonce online vyhledávač, kde si lze jednotlivé ambulantní specialisty zadat a vytisknout si seznam všech zařízení v České republice.

3.2.8 Metody zpracování a analýzy výsledků v rámci vytvoření aktuálního seznamu ergoterapeutických ambulantních zařízení v České republice

Po získání seznamu od pojišťoven nebo z jejich stránek byly vyfiltrovány počty zařízení v rámci jednotlivých odborností od jednotlivých pojišťoven a následně byly převedeny do programu Microsoft Excel©. Z těchto dat byl vytvořen přehledný graf s aktuálními počty ambulantní rehabilitačních zařízení se smluvními poskytovateli zdravotních služeb pro porovnání jednotlivých profesí s počtem zařízení u dané pojišťovny.

Dále byla pro vytvoření aktuálního seznamu ergoterapeutických ambulantních zařízení přepsána jednotlivé zařízení poskytující ambulantní ergoterapii od každé pojišťovny do souhrnné tabulky v Microsoft Excel©. Stávalo se, že jedno zařízení bylo u více pojišťoven, a pokud tato situace nastala, tak se nadále zařízení nepřepisovalo, jelikož již bylo zapsáno od předchozí pojišťovny. Provedla se poznámka, jaké zařízení má uzavřené smlouvy s konkrétní pojišťovnou.

Pojišťovna nerozlišuje, na jaké pacienty se zařízení specializuje, a proto byl následně vytvořen seznam ergoterapeutický ambulantních zařízení specializující se pro dospělé, jelikož i tato práce je zaměřená na dospělé pacienty. Na webových stránkách zařízení byly vyhledány e-mailové kontakty do jednotlivých zařízení pro zjištění, na jaké pacienty se zařízení zaměřuje, následně byla tato data doplněna do Microsoft Excel©. Pokud data na webových stránkách chyběla, nebo se nedostavila e-mailová odpověď, bylo zařízení zkontaktováno telefonicky.

Pro vytvoření finálního přehledu muselo dojít ke stanovení kritérií vyřazení zařízení do seznamu a kritéria přijetí a zahrnutí do aktuálního seznamu (viz *Tabulka 3.2.8.1*).

Tabulka 3.2.8.1 Kritéria pro seznam smluvních poskytovatelů zdravotních služeb pro ambulantní ergoterapii (vlastní zpracování)

Kritéria zařazení	Kritéria vyloučení
Zařízení zaměřující se pouze na dospělé	Zařízení zaměřené po poškození míchy
Zařízení se zaměřují výjimečně i na dospělé nebo na obě cílové skupiny (dospělí a děti)	Zařízení, které se zaměřuje pouze na děti
Zařízení poskytují ambulantní ergoterapii v omezené míře	Ergoterapie je součástí pracovní rehabilitace a je určena pouze pro zaměstnance
Zařízení poskytují ambulantní ergoterapii navazující na započatou rehabilitaci v určitém zařízení po indikaci ambulantního rehabilitačního lékaře	Zařízení momentálně neposkytující ambulantní ergoterapii
	Zařízení, kde je ambulantní ergoterapie poskytována pouze u ubytovaných nebo v rámci pobytového balíčku
	Zařízení, které ambulantní ergoterapii pro externí pacienty neposkytují (pacienti již byli hospitalizováni na lůžkovém oddělení v daném zařízení a pokračují v ambulantní rehabilitaci)
Celkem zahrnuto 66 zařízení	Celkem vyřazeno 28 zařízení

Následně byla přidána data, která mají pomoci s lepší orientací v seznamu. Jedná se o rozdělení na jednotlivé kraje, města, název zařízení poskytující ambulantní ergoterapii, pojišťovny, se kterými má zařízení uzavřenou smlouvu.

3.2.9 Metody zpracování a analýzy výsledků z dotazníkového šetření

Po dosažení stanoveného minimálního počtu 50 respondentů do studie byl ukončen sběr dat. Jednotliví respondenti byli uvedeni pod čísla, tudíž byla zachována anonymita. Následně byla vytvořena datová matice s jednotlivými otázkami a se zakódovanými odpověďmi v programu Microsoft Excel© a jednotlivé otázky do ní byly ručně převedeny. Uzavřené otázky s jednou možnou odpovědí byly zakódovány do čísel od 1 do čísla, kolik bylo možných odpovědí. Pokud otázka nabízela uzavřené odpovědi, ale na výběr bylo možné zvolit více možností, byly možnosti rozepsány a ke každé zvolené se přiřadila odpověď ve formě číslice 1.

Otevřené textové odpovědi byli analyzovány pomocí kategorizace a kódování a převedeny do datové matice. Pokud se určité spojení opakovalo vícekrát, bylo převedeno na nově vytvořený samostatný kód.

Všechny otázky a zakódované odpovědi jsou vytvořené v datové matici, která obsahuje kódovník pro dekódování odpovědí. Po převedení odpovědí do dotazníku a po konzultaci se statistikem byla následně data vyhodnocována. Pro tvorbu statistických údajů s následnou vizualizací se využíval program Microsoft Excel©. Pro analýzu statistického zpracování byl ve spolupráci se statistikem využit program Jamovi.

Byly stanoveny 3 hypotézy a 4 výzkumné otázky. Výzkumné otázky byly zpracovány ve formě %, absolutního počtu a nebyly využity žádné statistické testy. U statistických hypotéz byly použity neparametrické testy: Chí-kvadrát test nezávislosti a Chí-kvadrát test dobré shody (Hricová et al., 2023).

Chí-kvadrát test nezávislosti se použil z důvodu zkoumání vztahů mezi dvěma skupinami proměnnými (respektive závislost 2 veličin v rámci jednoho výběru). Zatímco Chí-kvadrát test dobré shody testuje, zda je shoda mezi očekávanými a pozorovanými hodnotami (Hricová et al., 2023).

U každé z hypotéz byla stanovena nulová, alternativní hypotéza a vytvořena kontingenční tabulka. U hypotézy H1, H2, H3 byly splněny všechny podmínky pro použití testu (očekávaná četnost musí být větší než 5, dvě skupiny nezávislé na sobě a zahrnuté pouze v jednom zastoupení v kontingenční tabulce) (Řeháčková, 2024). Nadále byl u třetí hypotézy výpočtem mediánu rozdělen soubor respondentů na dvě kategorie. Medián souboru je 55 let, a proto pacienti označováni jako mladší jsou do 55 let a pacienti nad 55 let je kategorie starší. Ve sledovaném souboru nikdo z respondentů neměl přesně 55 let.

3.3 Výsledky

3.3.1 Výsledky k hypotézám

H1: Pacienti žijící ve městech nad 10 tisíc obyvatel dochází častěji na ambulantní rehabilitační péči než pacienti žijící pod 10 tisíc obyvatel.

H0: Pacienti žijící ve městech nad 10 tisíc obyvatel dochází stejně často na ambulantní rehabilitační péči než pacienti žijící pod 10 tisíc obyvatel.

HA: Pacienti žijící ve městech nad 10 tisíc obyvatel dochází častěji na ambulantní rehabilitační péči než pacienti žijící pod 10 tisíc obyvatel.

Cílem první hypotézy je ověřit předpoklad, že pacienti žijící ve městech nad 10 tisíc obyvatel dochází častěji na ambulantní rehabilitační péči než pacienti žijící pod 10 tisíc obyvatel.

Rozdělení vzniklo na základě podkladu od Ministerstva pro místní rozvoj České republiky, které použilo rozřídění obcí do velikostních kategorií podle počtu obyvatel na 2 000–9 999, 10 000–49 999, 50 000 a více. V tomto seznamu je několik měst je pod 10 tisíc obyvatel a již tato města mívají zřízené některé ambulantní rehabilitace. Města pohybující se okolo 12–16 000 obyvatel mívají zřízené nemocnice a k tomu rehabilitační ambulantní oddělení (Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, 2009).

Pro potřeby výpočtu statistické hypotézy byla vytvořena nová proměnná „Velikost města“, kde jsou respondenti rozdělení do dvou skupin. Respondenti žijící ve městech pod 10 tisíc obyvatel jsou zařazeni do první skupiny a respondenti žijící ve městech nad 10 tisíc obyvatel tvoří skupinu druhou. Po revizi dat z otázky č. 14 se zjistilo, že 32 respondentů dochází alespoň na 1 ambulantní rehabilitaci. *Tabulka 3.3.1.1* ukazuje rozložení získaných dat. Poukazuje na stejné rozložení docházejících respondentů z obou skupin (respondenti žijící ve městech do 10 tisíc obyvatel a nad 10 tisíc obyvatel).

Tabulka 3.3.1.1 Kontingenční tabulka (vlastní zpracování)

Docházka	Do 10 tisíc obyvatel	Nad 10 tisíc obyvatel	Celkem
Dochází	16	16	32
Nedochází	8	10	18
Celkem	24	26	50

K výpočtu hypotézy je zvolen Chí-kvadrát test nezávislosti, kdy nutná podmínka pro použití Chí-kvadrát testu byla splněna. Podrobnější zpracování viz *Tabulka 3.3.1.2*.

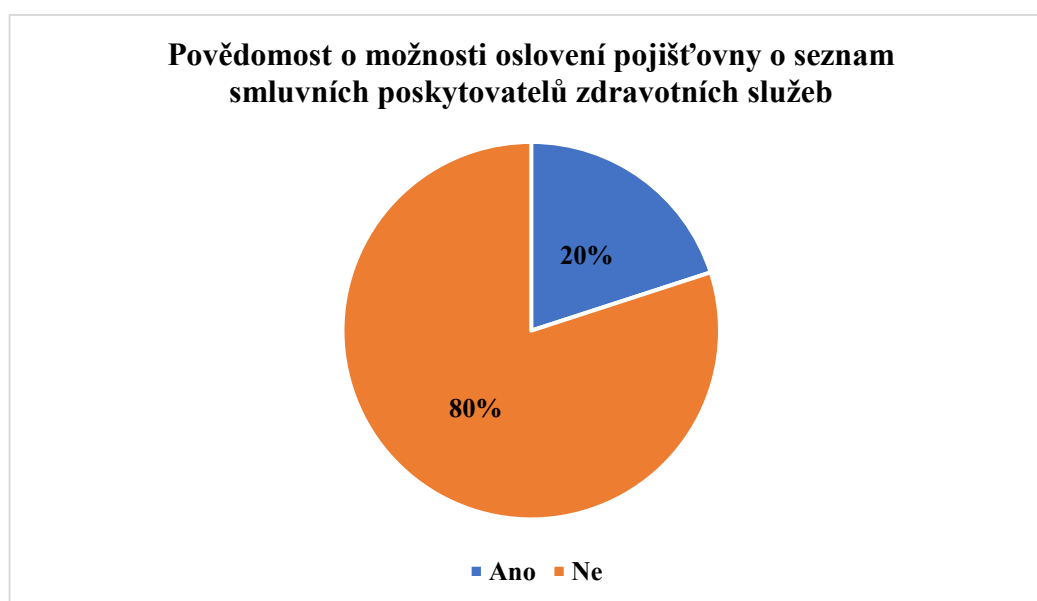
Tabulka 3.3.1.2 Chí-kvadrát test nezávislosti (vlastní zpracování)

Chí-kvadrát test nezávislosti	
Hodnota testového kritéria	0,143
Stupně volnosti	1
p-hodnota	0,706

Hodnota testu je 0,143 a k ní příslušná p-hodnota testu je 0,706. P-hodnota je větší než stanovená hladina významnosti (0,05), a proto nelze zamítnout nulovou hypotézu. Testem se nepodařilo prokázat, že pacienti žijící ve městech nad 10 tisíc obyvatel dochází častěji na ambulantní rehabilitační péči než pacienti žijící pod 10 tisíc obyvatel.

Zároveň otázka č. 19 zkoumá povědomí respondentů o možnosti oslovení pojišťovny, aby předala seznam smluvních poskytovatelů zdravotních služeb v okolí místa bydliště. Z dat vyplývá, že pouze 20 % respondentů vědělo o možnosti oslovení zdravotní pojišťovny (viz *Graf 3.3.1.1*). Z analýza dat ukázala, že 90 % respondentů, kteří o možnosti věděli, dochází na ambulantní rehabilitační péči. Respondenti, kteří o možnosti neví, dochází pouze v 57,5 % případů.

Graf 3.3.1.1 Možnost oslovení pojišťovny o seznam smluvních poskytovatelů zdravotních služeb (vlastní zpracování)



H2: Pacienti po ukončení ústavní hospitalizace nedochází na ambulantní ergoterapii z důvodu nedostupnosti její péče.

H0: Důvody, kvůli kterým pacienti nedochází na ambulantní ergoterapeutickou péči, jsou přibližně ve stejném poměru.

HA: Důvody, kvůli kterým pacienti nedochází na ambulantní ergoterapeutickou péči, nejsou zastoupeny ve stejném poměru.

Cílem hypotézy je zjistit a ověřit, zda hlavní důvod nedocházení na ambulantní ergoterapii je nedostupnost její péče.

Na otázku č. 24b odpovědělo 45 respondentů, tedy pouze ti respondenti, kteří na ambulantní ergoterapii nedochází. Respondenti vždy zvolili jednu z deseti možných variant důvodů, proč na ergoterapii nedochází (*Příloha 6*).

Pro potřeby hypotézy byly možnosti vhodně sloučeny na výsledné tři kategorie. První kategorii tvoří respondenti, kteří o ergoterapii mají zájem, ale je jim nedostupná. Druhou kategorii tvoří respondenti, kteří nemají zájem docházet na ergoterapii, popř. mají dojem, že jim stačí navštěvovat fyzioterapeuta. Do třetí kategorie jsou zařazeni respondenti, kteří ergoterapii neznají, nebo jim nebyla lékařem doporučena. *Tabulka 3.3.1.3* poukazuje na největší zastoupení kategorie č. 3, tedy respondenti neznající ambulantní ergoterapii, nebo jim nebyla doporučena lékařem.

Tabulka 3.3.1.3 Přehled získaných dat k otázce č. 24b (vlastní zpracování)

Otázka č. 24 b	Absolutní četnosti	Relativní četnosti
1. kategorie	11	24,44 %
2. kategorie	12	26,67 %
3. kategorie	22	48,89 %
Celkem	45	100 %

K výpočtu statistické hypotézy je zvolen Chí-kvadrát test dobré shody a *Tabulka 3.3.1.4* poukazuje na výsledné hodnoty.

Tabulka 3.3.1.4 H2 a Chí-kvadrát test dobré shody (vlastní zpracování)

Chí-kvadrát test dobré shody	
Hodnota testového kritéria	4,93
Stupně volnosti	2
p-hodnota	0,085

Hodnota Chí-kvadrát testu dobré shody je 4,93 a k ní příslušná p-hodnota testu je 0,085. P-hodnota je větší než stanovená hladina významnosti (0,05), a proto nelze zamítnout nulovou hypotézu. Testem se prokázalo, že tři kategorie důvodů, kvůli kterým pacienti nedochází na ambulantní ergoterapii, jsou zastoupeny přibližně ve stejném poměru. Nepodařilo se prokázat, že pacienti po ukončení ústavní hospitalizace nedochází na ambulantní ergoterapeutickou péči především z důvodu nedostupnosti její péče.

H3: Pacienti ve vyšším věku (≥ 55 let) budou docházet méně často na ambulantní rehabilitační péči než mladší jedinci (≤ 55 let).

H0: Mezi věkovými kategoriemi pacientů a docházením ke specialistovi není statisticky významná závislost.

HA: Pacienti ve vyšším věku budou docházet méně často na ambulantní rehabilitační péči než pacienti mladší.

Třetí hypotéza zkoumá, jestli je věk pacientů významným faktorem v rámci rozhodnutí docházet na ambulantní rehabilitaci na základě doporučení po ukončení ústavní hospitalizace. Pro potřeby výpočtu statistické hypotézy byla vytvořena nová proměnná „Věková kategorie“, kde jsou pacienti rozděleni do dvou skupin podle věku. Respondenti mladší 55 let jsou zařazeni do kategorie první a respondenti starší než 55 let tvoří kategorii druhou. Hranice 55 let je stanovena na základě výpočtu mediánu věku respondentů. *Tabulka 3.3.1.5* ukazuje základní charakteristiky věku respondentů.

Tabulka 3.3.1.5 Charakteristika věku respondentů (vlastní zpracování)

Věk	Hodnoty
Průměr	53,44
Medián	55
Směrodatná odchylka	15,05
Minimum	22
Maximum	77

Průměrný věk respondentů je 53,44 let se směrodatnou odchylkou 15,05 let. Medián souboru je přesně 55 let. Nejmladší respondent má 22 let, naopak nejstaršímu respondentovi je 77 let. Opět po revizi otázka č. 14 zkoumá, jestli pacienti ambulantně dochází alespoň na 1 ambulantní rehabilitaci.

Následující *Tabulka 3.3.1.6* ukazuje rozložení získaných dat.

Tabulka 3.3.1.6 Kontingenční tabulka H3 (vlastní zpracování)

Docházka	Do 55 let	55 let a více	Celkem
Dochází	18	14	32
Nedochází	7	11	18
Celkem	25	25	50

K výpočtu hypotézy je zvolen Chí-kvadrát test nezávislosti, nutná podmínka pro použití testu byla splněna a *Tabulka 3.3.1.7* poukazuje na výsledné hodnoty.

Tabulka 3.3.1.7 H3 a Chí-kvadrát test nezávislosti (vlastní zpracování)

Chí-kvadrát test nezávislosti	
Hodnota testového kritéria	1,389
Stupně volnosti	1
p-hodnota	0,239

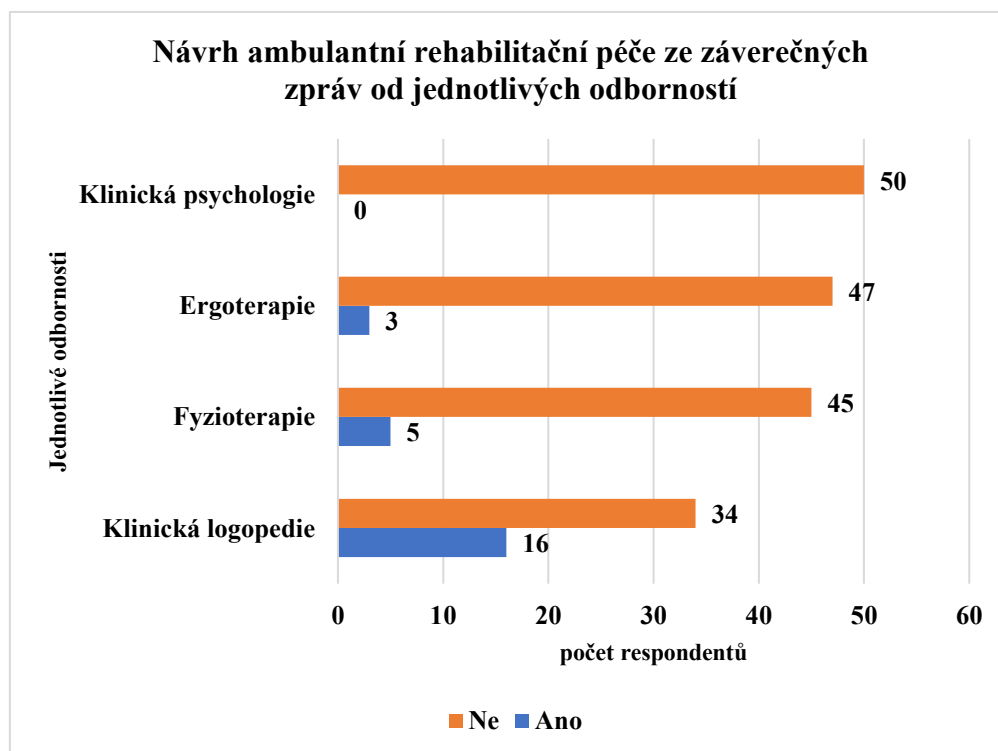
Hodnota Chí-kvadrát testu je 1,389 a k ní příslušná p-hodnota testu je 0,239. P-hodnota je větší než stanovená hladina významnosti (0,05), a proto nelze zamítnout nulovou hypotézu. Testem se nepodařilo prokázat, že pacienti ve vyšším věku dochází méně často na ambulantní rehabilitační péči než pacienti mladší.

3.3.2 Výsledky z dotazníkového šetření

Nejvíce telefonických hovorů proběhlo přímo s pacientem (68 %) a zbylých 32 % proběhlo s rodinným příslušníkem. Nadále téměř všichni pacienti (94 %) sdíleli domácnost s rodinou nebo blízkou osobou a 6 % žilo v době dotazníku samo.

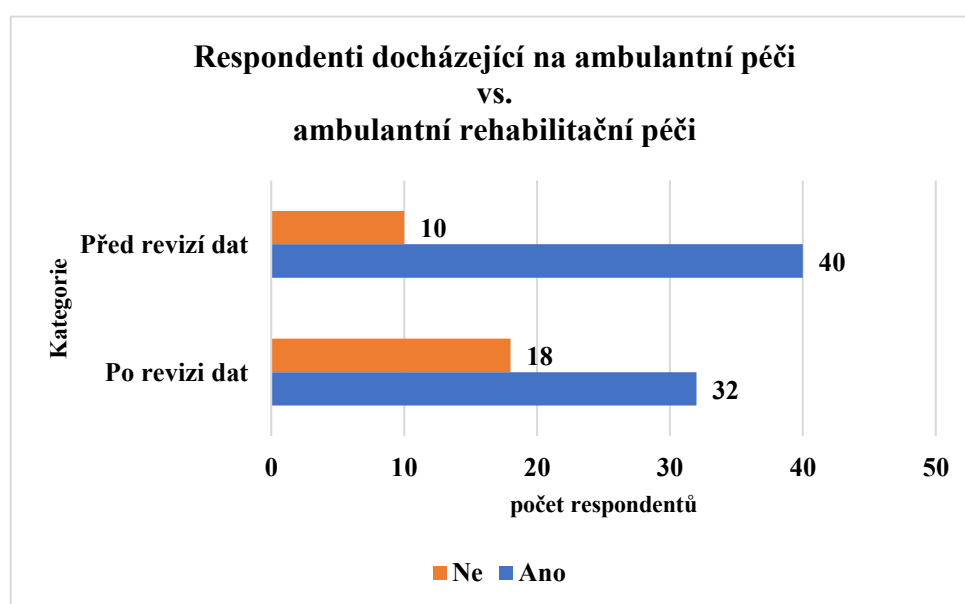
V den ukončení ústavní hospitalizace pacienti obdrží závěrečné zprávy, kde je napsán současný stav pacienta a následné doporučení od jednotlivých rehabilitačních odborností (fyzioterapie, ergoterapie, klinická logopedie, klinická psychologie). Očekává se, že pacienti budou vycházet ze závěrečných zpráv a podle toho budou vyhledávat ambulantní rehabilitaci. Byly pročteny všechny závěrečné zprávy respondentů od jednotlivých odborností a hledalo se slovní spojení odkazující na pokračování v ambulantní rehabilitaci u dané odbornosti. Došlo se k závěru, že nejvíce navrhovaná ambulantní rehabilitace byla ve zprávách klinických logopedů (16 doporučení z 50), naopak nejméně u klinických psychologů (0 navržených respondentů). Graf 3.3.2.1 zobrazuje jednotlivé doporučené odbornosti.

Graf 3.3.2.1 Návrh ambulantní rehabilitační péče ze závěrečných zpráv od jednotlivých odborností (vlastní zpracování)

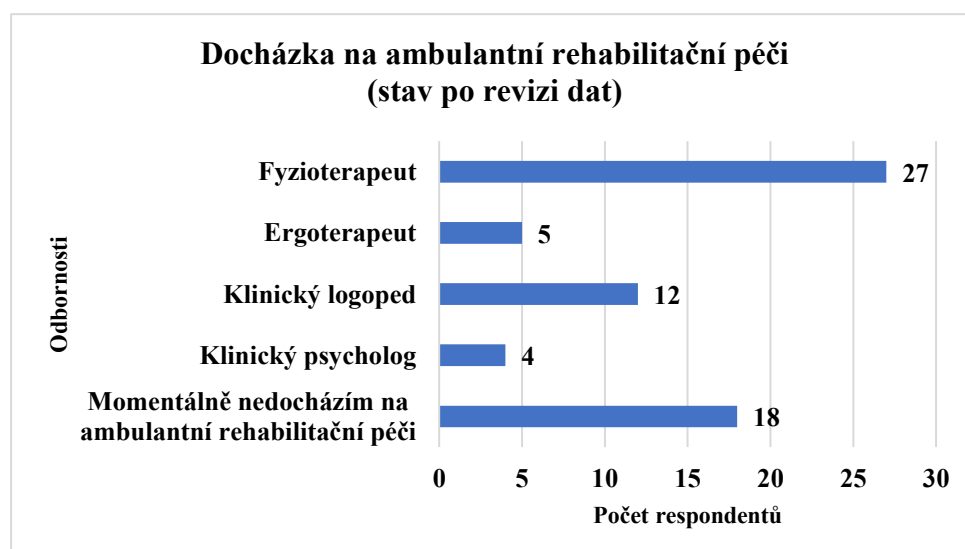


Výsledky ukazují, že 40 respondentů dochází k nějaké ambulantní odbornosti po ukončení ústavní hospitalizace. Každopádně se následně zaměřilo, zda respondenti dochází na ambulantní rehabilitaci, a z tohoto důvodu byla provedena zpětná revize dat, ze které vyšlo, že 32 respondentů dochází alespoň na 1 ambulantní rehabilitaci. Podrobnější přehled je viz *Graf 3.3.2.2*. Zajímavé je, že nikdo z respondentů nedochází čistě pouze na ambulantní ergoterapii a psychologii. Čistě na fyzioterapii dochází 19 respondentů a pouze na logopedii dochází 5 pacientů. Největší počet respondentů docházelo na fyzioterapii a logopedii (*Graf 3.3.2.3*).

Graf 3.3.2.2 Respondenti docházející na ambulantní péči vs. ambulantní rehabilitační péči (vlastní zpracování)



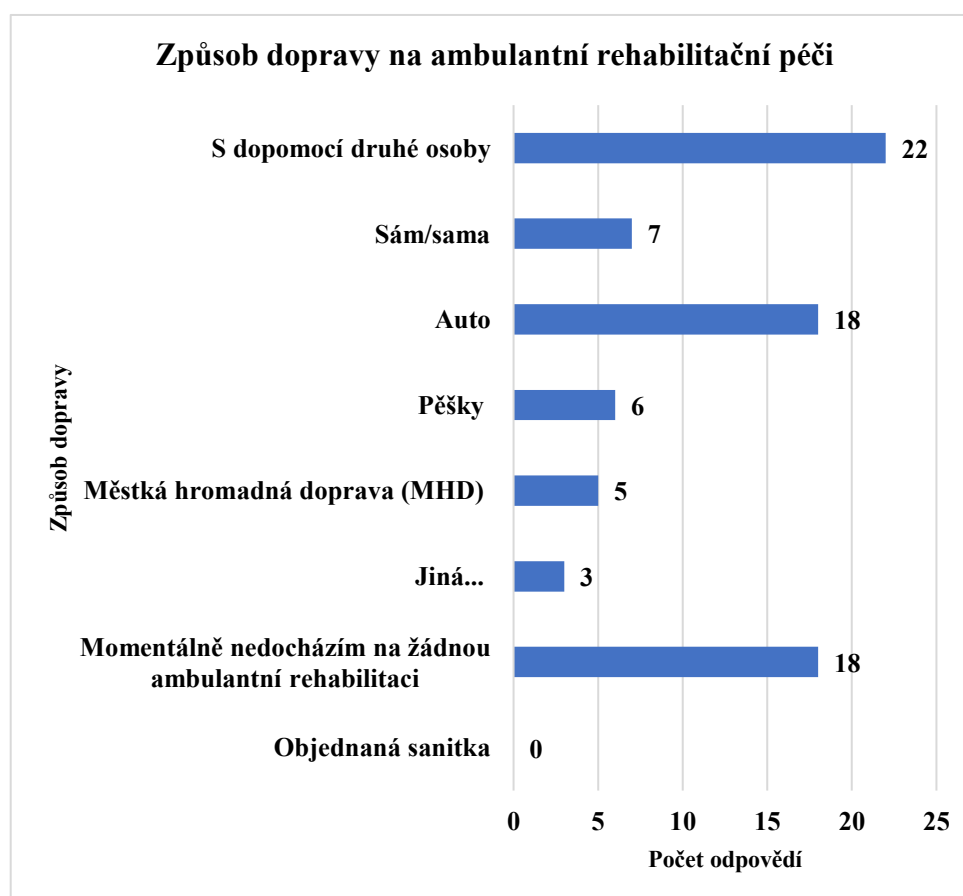
Graf 3.3.2.3 Přehled docházky na ambulantní péči vs. ambulantní rehabilitační péči (vlastní zpracování)



Ambulantní rehabilitace se může vyskytovat v různém prostředí. Nejvíce respondenti využívají nemocnice (12 respondentů), soukromé zařízení (10 respondentů) a 4 pacienti dochází do specializovaného zdravotního zařízení pro pacienty po získaném poškození mozku.

Nejvíce využívaným prostředkem na ambulantní rehabilitace bylo auto, poté chůze bez nutnosti využití dopravního či jiného prostředku. Osoby po získaném poškození mozku nejvíce využívali doprava s dopomocí druhé osoby a také se ukázalo, že 5 osob využívala při dopravě MHD (viz *Graf 3.3.2.4*).

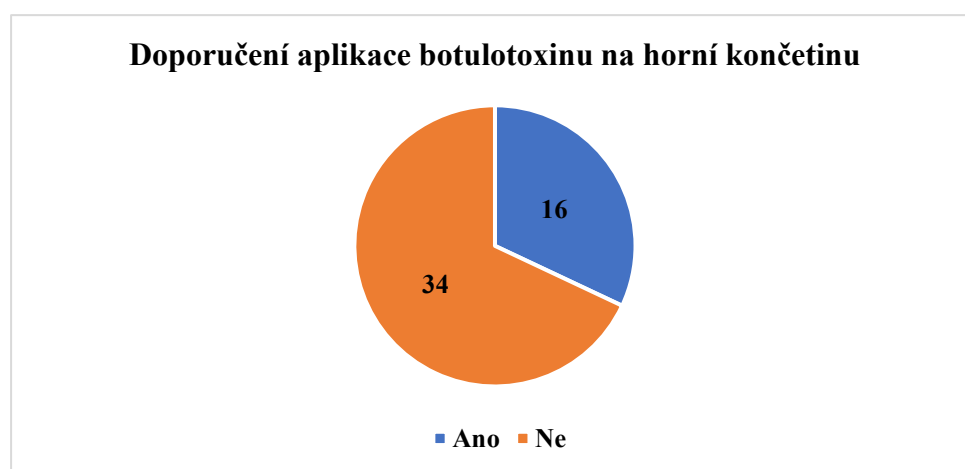
Graf 3.3.2.4 Způsob dopravy na ambulantní rehabilitační péči (vlastní zpracování)



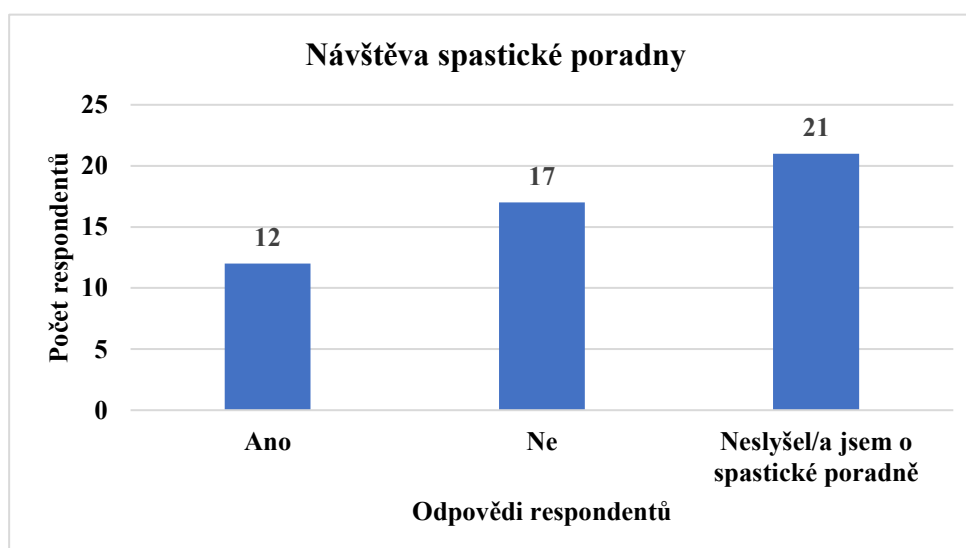
Také v dotazníku byla sekce zaměřená na aplikace botulotoxinu na horní končetinu, jelikož se jedná o ambulantní zdravotní službu, která je mnohdy doporučovaná v závěrečných zprávách. Analýza dat ukázala, že 16 pacientů (viz *Graf 3.3.2.5*) bylo doporučeno k aplikaci botulotoxinu na horní končetinu a z toho 5 respondentů absolvovalo aplikaci a byly zaučeny na domácí cvičení.

Zároveň 17 pacientů odpovědělo, že nedochází, nebo nejsou objednáni do spastické poradny a dalších 21 respondentů o spastické poradně neslyšelo (viz *Graf 3.3.2.6*).

Graf 3.3.2.5 Doporučení aplikace botulotoxinu na horní končetinu (vlastní zpracování)



Graf 3.3.2.6 Návštěva spastické poradny (vlastní zpracování)



Z analýzy dat dotazníkového šetření vyplývá, že 32 pacientů dochází alespoň na 1 ambulantní rehabilitaci. Tudiž 64 % pacientů dochází během prvního měsíce po ukončení ústavní hospitalizace na ambulantní rehabilitaci. Po analýze dat dochází alespoň na 1 ambulantní rehabilitaci více ženy (v 78,6 %) oproti mužům (58,3 %).

Nejvíce pacientů dochází na ambulantní fyzioterapii v různé frekvenci. Pomocí kódování dat bylo vytvořeno 5 skupin poukazující na frekvenci docházení. Pokud pacient odpověděl, že dochází 1x týdně vytvořila se kategorie 4x do měsíce, pro 2x týdně se vytvořila kategorie 8x do měsíce, pro docházení 3x týdně je dána kategorie 12x do měsíce, pro 5x v týdnu je kategorie 20x do měsíce, 2x do měsíce znamená, že pacient chodí na ambulantní rehabilitaci jednou za 14 dní. Poslední kategorií je absolvování zatím vstupního vyšetření, ale pacienti nemají domluvené další sezení, nebo čekají na vyjádření dané odbornosti.

Neznamená to však, že pacienti chodící 20x do měsíce absolvovali hned 2. den po propuštění do domácího prostředí ambulantní rehabilitaci a za první měsíc od propuštění ústavní hospitalizace absolvovali 20 terapeutických sezení. Znamená to však, že pacienti absolvovali vstupní vyšetření u dané odbornosti, dochází na ambulantní rehabilitaci a absolvovali například 4 terapie, ale mají již rozepsané terapie, které vychází, že budou docházet v určité intenzitě.

Zajímavé bylo zjistit frekvenci docházky k jednotlivým ambulantním odbornostem. Zahrnuto bylo 32 respondentů docházejících alespoň na 1 ambulantní rehabilitaci a nezahrnovali se respondenti nedocházející na ambulantní rehabilitaci (18 respondentů). Také několik pacientů chodí současně k více ambulantním odbornostem. Z výsledků vychází nejvyšší frekvence v docházce na ambulantní fyzioterapii a na klinickou logopedii. V rámci ambulantní ergoterapie 2 pacienti zatím absolvovaly vstupní vyšetření, 2 dochází 4x do měsíce a 1 dochází 8x do měsíce.

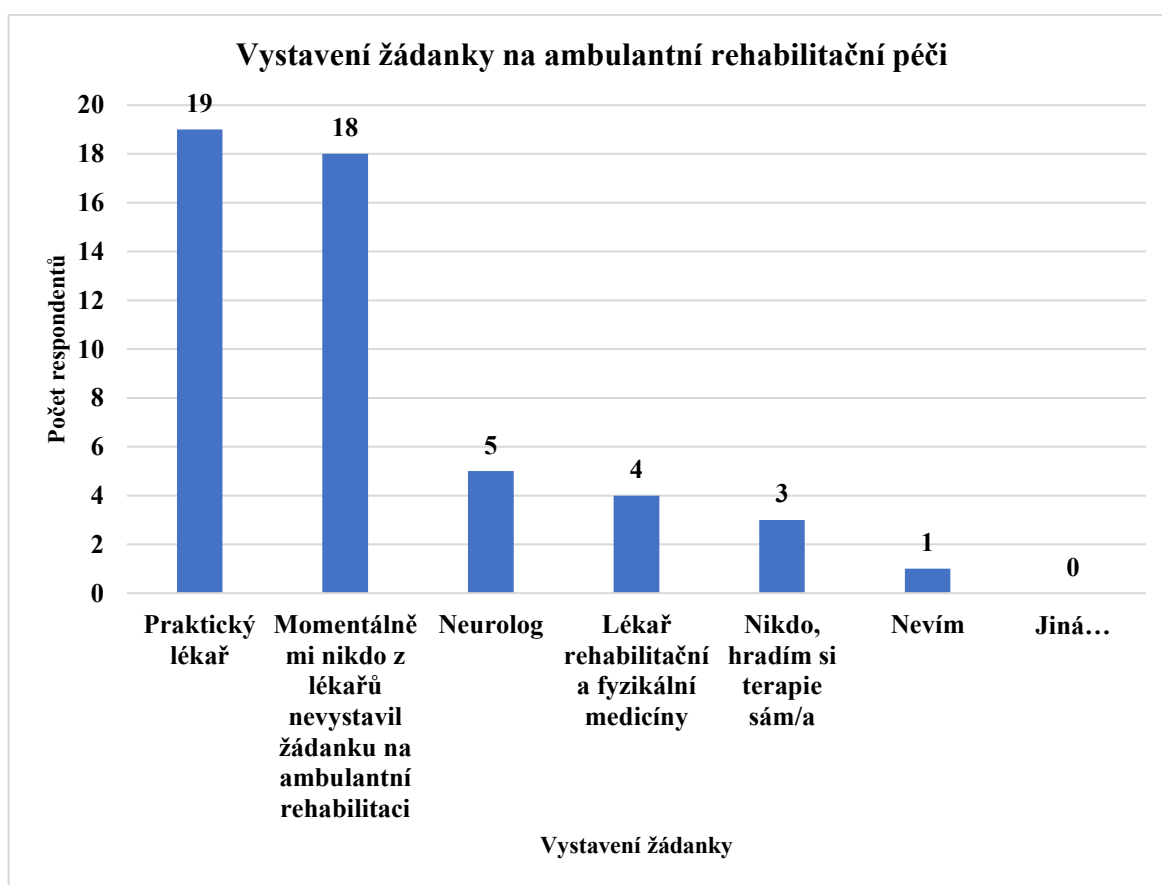
Pokud se zaměříme na klinickou psychologii, tak všichni docházející pacienti absolvovali zatím vstupní vyšetření bez domluvy další terapie, nebo čekají na vyjádření dané odbornosti.

Přestože někteří docházeli současně k více ambulantním odbornostem a měli možnost vybrat z více odpovědí, žádanku na ně vypsali vždy jeden lékař.

Nejvíce předepisují ambulantní rehabilitaci praktičtí lékaři, ale stále téměř 2/5 respondentů neměla vystavenou žádanku na ambulantní rehabilitaci (viz Graf 3.3.2.7).

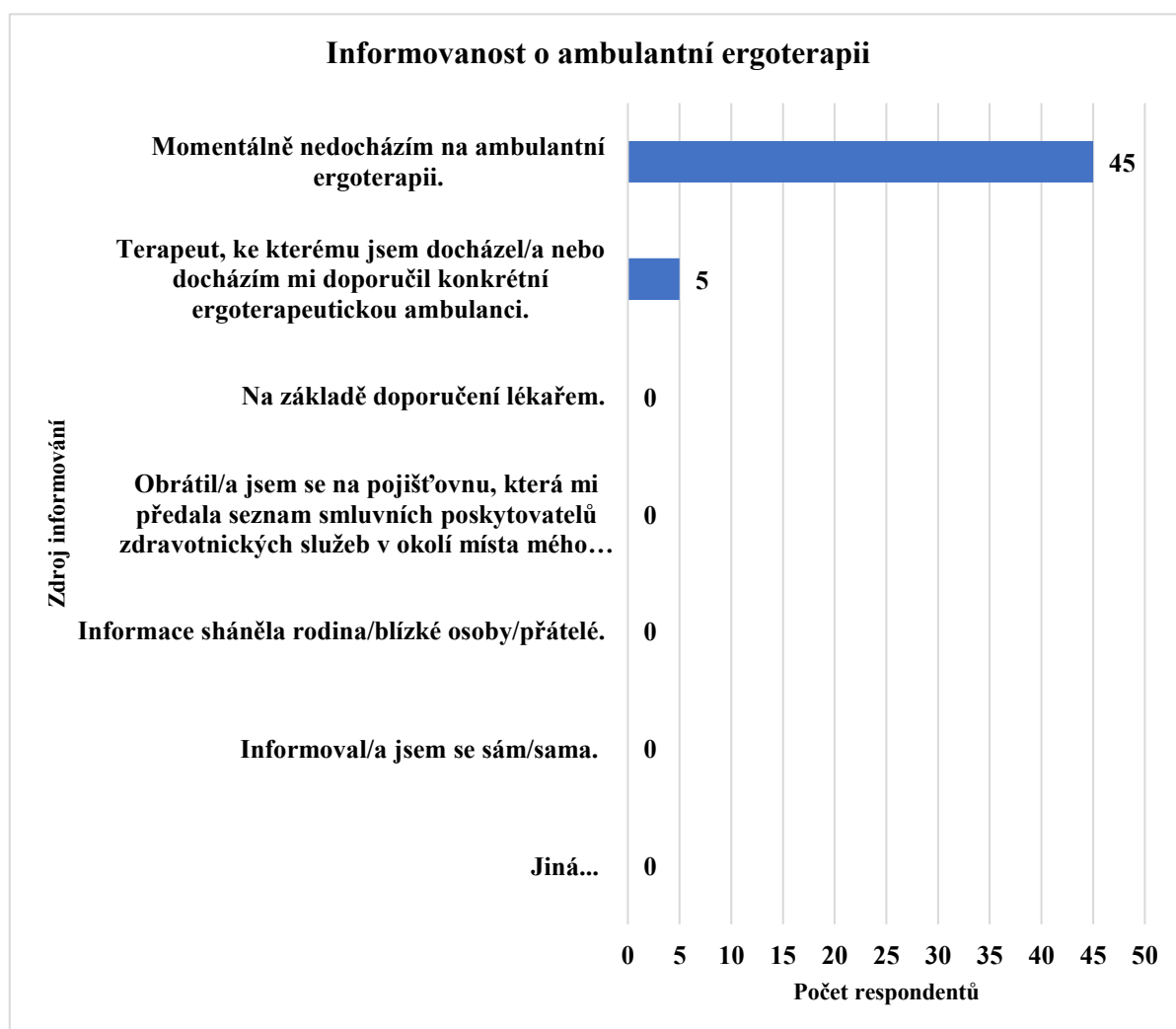
Vystavenou žádanku během 1 měsíce po ukončení ústavní hospitalizace má 90,6 % pacientů docházející na ambulantní rehabilitaci (32 respondentů) a zbylých 9,4 % si hradí terapie sami.

Graf 3.3.2.7 Vystavení žádanky na ambulantní rehabilitační péči (vlastní zpracování)



Dotazník se též zaměřoval na informovanost o docházení na ambulantní ergoterapii respektive, jak se pacienti dozvěděli o možnosti docházet na ambulantní ergoterapii. Výsledky vztahující se k informovanosti ohledně ambulantní ergoterapie ukazují, že pouze 5 respondentů z 50 dochází na ambulantní ergoterapii. Důvody absence její docházky u zbylých 45 (90 %) respondentů jsou zpracovány ve druhé hypotéze. Respondenti vždy zvolili jednu ze sedmi možných variant. Data ukazují, že všichni pacienti docházející na ambulantní ergoterapii byli informováni skrz terapeuta, který jim doporučil konkrétní ergoterapeutickou ambulanci (viz *Graf 3.3.2.8*).

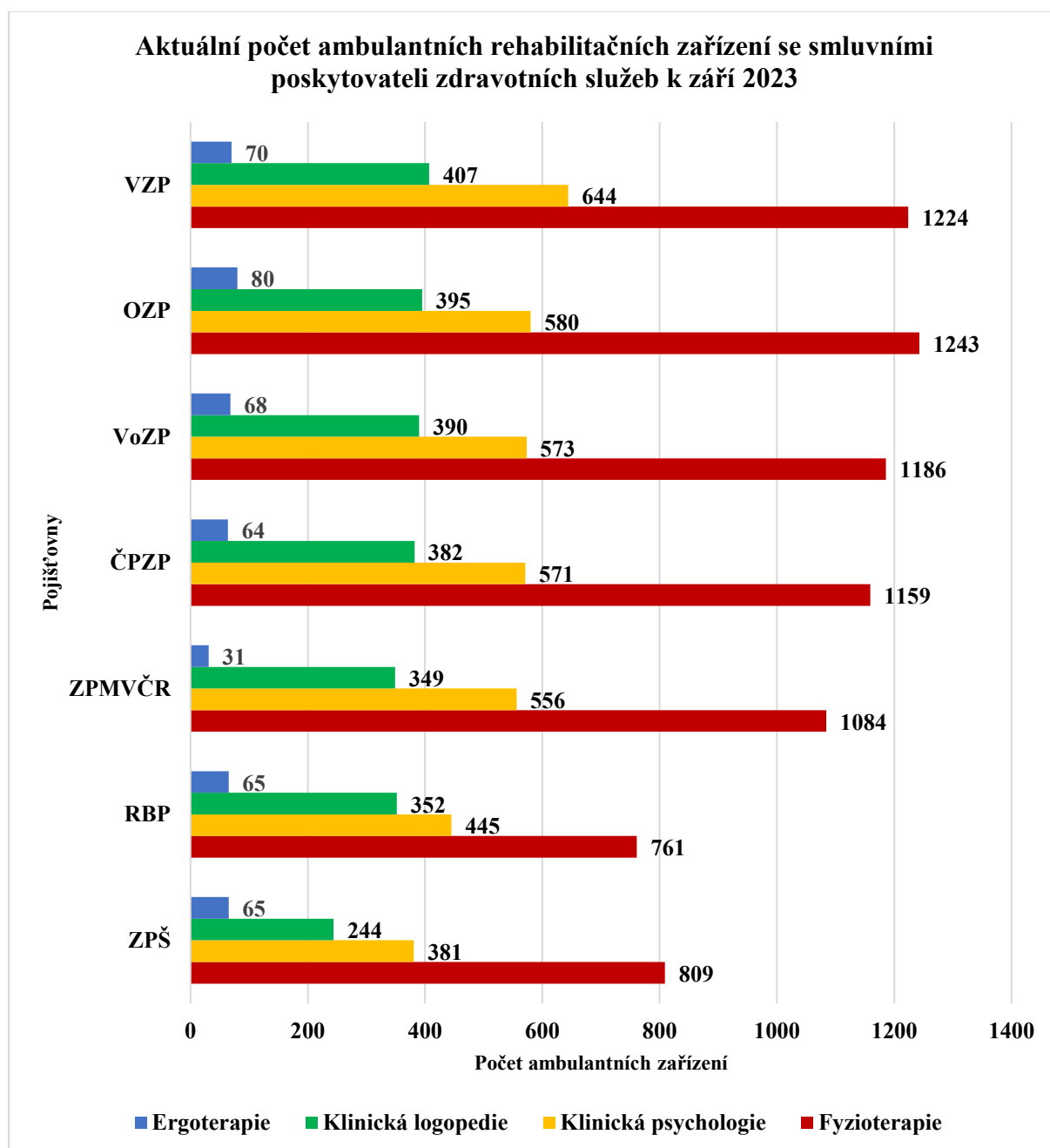
Graf 3.3.2.8 Informovanost o ambulantní ergoterapii (vlastní zpracování)



3.3.3 Výsledky z aktuálního seznamu ergoterapeutických ambulantních zařízení v České republice

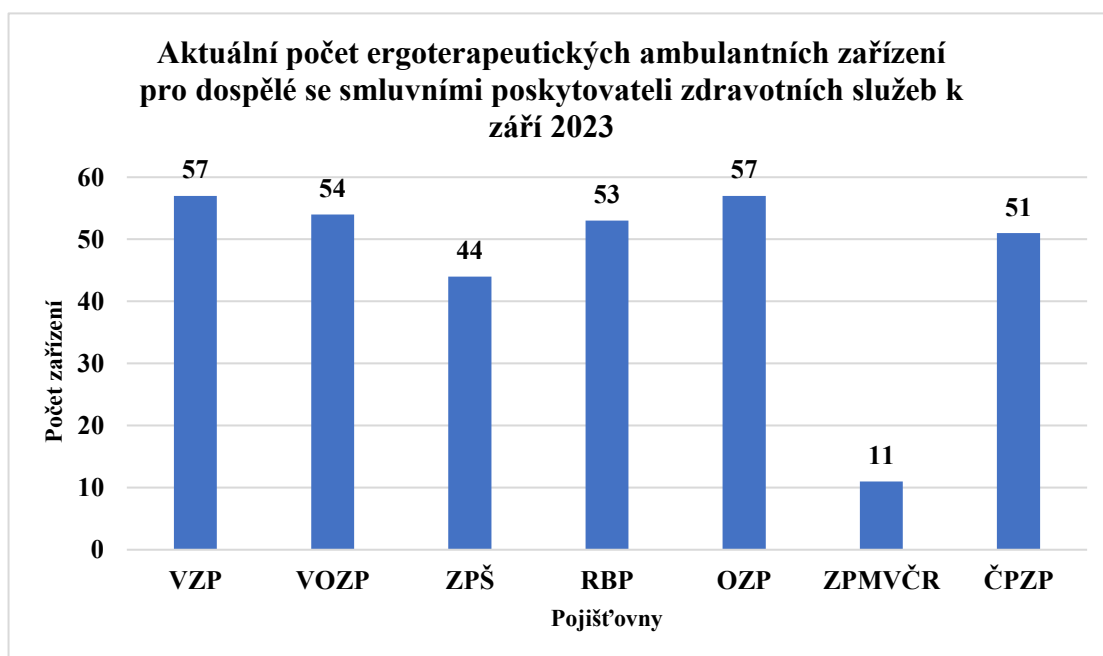
Nejprve byl zpracován aktuální seznam počtu ambulantních rehabilitačních zařízení se smluvními poskytovateli zdravotních služeb u jednotlivých profesí (ergoterapie, klinická logopedie, klinická psychologie, fyzioterapie) u jednotlivých pojišťoven (viz *Graf 3.3.3.1*).

Graf 3.3.3.1 Aktuální počet ambulantních rehabilitačních zařízení se smluvními poskytovateli zdravotních služeb k září 2023 (vlastní zpracování)

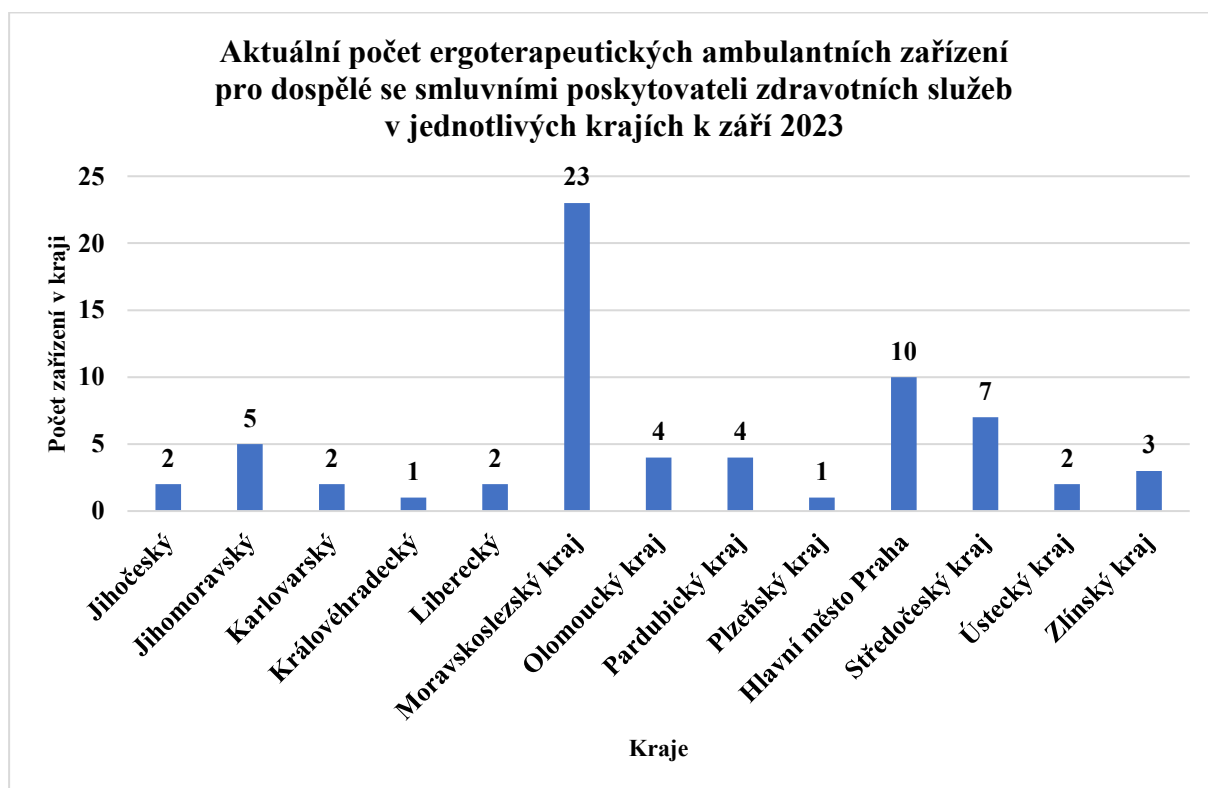


V České republice existuje zhruba 94 ergoterapeutických zařízení, která mají uzavřenou smlouvu s alespoň s 1 zdravotní pojišťovnou. Po vyloučení ambulancí, které se specializují pouze na dětské pacienty, na spinální pacienty nebo neposkytují ambulantní ergoterapii pro externí pacienty (n = 28), analýzy dat ukázaly, že 66 zařízení poskytuje ergoterapeutickou ambulantní péči pro dospělé. *Graf 3.3.3.2* poukazuje na rozložení ambulantních ergoterapeutických zařízení specializující se i na dospělé u jednotlivých pojišťoven a *Graf 3.3.3.3* poukazuje jednotlivé rozdělení ergoterapeutických ambulancí i pro dospělé v jednotlivých krajích.

Graf 3.3.3.2 Aktuální počet ergoterapeutických ambulantních zařízení pro dospělé se smluvními poskytovateli zdravotních služeb k září 2023 (vlastní zpracování)



Graf 3.3.3.3 Aktuální počet ergoterapeutických ambulantních zařízení pro dospělé se smluvními poskytovateli zdravotních služeb v jednotlivých krajích k září 2023 (vlastní zpracování)



Po filtraci získaných dat byl vytvořen seznam ergoterapeutických ambulancí pro dospělé se smluvními poskytovateli zdravotních služeb v ČR, který je k nalezení v příloze (viz *Příloha 8*). Pro lepší přehlednost a orientaci v seznamu byla zařízení seřazena podle jednotlivých krajů, bylo uvedeno město, název zařízení, jeho adresa, pojišťovny, se kterými mají uzavřenou smlouvu.

4 DISKUSE

4.1 Diskuse k metodologii práce

Dotazníkové šetření probíhalo hybridní formou, kdy dotazník nebyl rozeslán, ale byl s respondentem vyplňován telefonicky. Tato forma vyplňování se projevila jako vhodná, protože se podařilo nasbírat odpovědi od 50 respondentů, což byla spodní akceptovatelná hranice pro počet respondentů. Pokud by dotazník byl rozeslán e-mailem, lze předpokládat, že by návratnost klesla pod 50 respondentů. Nízkou návratnost považuje za slabou stránku této formy sběru dat i Hricová et al. (2023). Naopak mezi výhody dotazníkového sběru dat se řadí rychlý sběr dat, testování teoretických poznatků na širší populaci, dotazník poskytuje přesná numerická data a v celku rychlou analýzu dat s možným využitím statistických programů (Hendl, 2005).

Bylo zvoleno dotazníkové šetření s cílem oslovit široké spektrum pacientů, kteří byli propuštěni z Kranioprogramu do domácího prostředí s cílem zjistit, zda je zajištěna kontinuita potřebné ambulantní rehabilitační péče. Dotazník nabízel několik sekcí, které souvisí s ambulantní rehabilitační péčí a otázky byly pokládány od obecnějších po detailnější. Otázky byly zvoleny tak, aby respondent mohl zaškrtnout jednu nebo více odpovědí, ale nabízel i otevřené odpovědi, které byly v rámci vyhodnocení dat zakódovány. Vlastní text měl pokrýt oblasti, které nebyly v dotazníkovém šetření ke zvolení. Dotazník se též odvíjel od zvolení odpovědi respondenta. Například pokud respondent v otázce č.13 odpověděl, že mu nebyl předán edukační materiál, nebyla mu položena otázka č. 13 A) jaký edukační materiál mu byl předán. Nebo pokud odpověděl v otázce č. 24 negací, byla mu následně položena otázka 24 B) jaký je jeho důvod nedocházení na ambulantní ergoterapii. V opačném případě mu byla položena otázka č. 24 A) jaká je náplň ambulantní ergoterapie. Cílem bylo zhodnotit a zjistit veškeré aspekty docházení či nedocházení na ambulantní rehabilitaci.

I když byl proveden předvýzkum a dotazník byl několikrát revidován, vyskytly se nejasnosti interpretace a chápání některých otázek. Pokud by byl dotazník opět vytvářen, zaměřil by se více na vhodnější formulování některých otázek. Příkladem je otázka č. 14 (Docházíte ambulantně k nějaké odbornosti na základě doporučení po ukončení ústavní hospitalizace?), ze které se získaly zajímavé informace, ale následně musela být provedena zpětná revize dat se zaměřením na ambulantní rehabilitační péči. Také otázka č. 18 (Jak jste se dozvěděl/a o zařízeních poskytující ambulantní rehabilitaci?) může být špatně chápána a zpětně měla být přesněji definována, pro jaký typ pacientů je otázka určená nebo měla být přeformulována. Nicméně byla pokládána všem respondentům a získala se z ní adekvátní data.

Předpokládalo se, že pacienti, i když nedocházeli v době tázání na ambulantní rehabilitaci, mohli mít povědomí o možnosti využití ambulantní rehabilitace, ale existovala určitá překážka, která jim mohla bránit k dosažení ambulantní rehabilitace. Případně čekali na doporučení od svého praktického lékaře nebo jiného odborníka.

Snahou bylo také zvýšení vyplnění dotazníku, kdy byla možnost 5 dní před telefonickým hovorem upozornit pacienta přes e-mailovou adresu, případně někteří pacienti projeví zájem o posílání textové zprávy na mobilní telefon. Za výhodu lze považovat i aktivní ergoterapeutická terapeutická spolupráce s pacientem již při jeho hospitalizaci, kdy bylo uskutečněno seznámení s projektem, ale i navázání osobního kontaktu s respondentem. Další výhodou je zpětná vazba respondentovi po ukončení ústavní hospitalizace. Po vyplnění dotazníku byla respondentovi položena otázka, zda má nějaké doplňující dotazy ohledně ambulantní rehabilitační péče. V případě absence ambulantní rehabilitace a projevu zájmu o ni byly sdělovány informace o možnosti docházení na ambulantní rehabilitaci podle místa bydliště nebo jakým způsobem si mohou nechat vystavit žádanku na rehabilitaci.

4.2 Diskuse k výsledkům dotazníkového šetření a vytvořenému ergoterapeutickému seznamu

Rekonvalescence po získaném poškození mozku je variabilní a hraje zde důležitou roli nejen zahájení včasné rehabilitace, ale i zajištění kontinuity jednotlivých fází neurorehabilitace (Grünerová-Lippertová, 2012). Výroční zprávy ukazují, že za rok 2020 bylo propuštěno přímo z RÚ Kladruby do domácího prostředí 95,7 % pacientů, za rok 2021 88,6 % a za rok 2022 90,1 % pacientů (Rehabilitační ústav Kladruby, 2022; Rehabilitační ústav Kladruby, 2021; Rehabilitační ústav Kladruby, 2020). Pokud je pacient propuštěn do domácího prostředí a není optimálně naplněn rehabilitační cíl, je vhodné navázat na ambulantní rehabilitaci (Noé et al., 2024). Zajímavostí je, že z analýz ze závěrečných zpráv bylo zjištěno 0 % doporučení na ambulantní psychologii, 6 % doporučení na ambulantní ergoterapii, 10 % na ambulantní fyzioterapii a nejvíce doporučených bylo na ambulantní logopedii (16 %). I přesto, že v závěrečných zprávách nebylo doporučení v pokračování rehabilitace ambulantní formou, z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že 32 respondentů dochází alespoň na 1 ambulantní rehabilitaci během prvního měsíce po ukončení ústavní hospitalizace.

Světová fyzioterapeutická organizace uvádí, že v roce 2020 bylo celosvětově přes 1 901 585 fyzioterapeutů, z toho přes 600 000 fyzioterapeutů pracuje v Evropě. V průměru to odpovídá 136,7 fyzioterapeutům na 100 000 obyvatel. Nicméně v České republice je k roku

2020 necelých 10 000 fyzioterapeutů (Yang, 2023; World Physiotherapy, 2021). V porovnání s fyzioterapeuty je celosvětově ergoterapeutů o 2/3 méně i přes to, že Světová federace ergoterapeutů odkazuje na celosvětový nárůst ergoterapeutů, a to na 633 000 (WFOT, 2023).

Se zaměřením na Evropu Rada ergoterapeutů evropských zemí uvádí, že k roku 2023 je v Evropě více než 205 000 ergoterapeutů. Mezi země s největším výskytem ergoterapeutů se řadí Spolková republika Německo (zhruba 61 000), Velká Británie (48 tisíc), Francie (14 000), Belgie (14 000), Dánsko (12 000) a Švédsko (12 000). Mezi sousedními státy České republiky má jednoznačně největší převahu ergoterapeutů Spolková republika Německo s 61 000. Nadále Rakousko má 4 582 ergoterapeutů, Polsko 550 ergoterapeutů a údaje ze Slovenska nejsou dostupné z důvodu nemožnosti vystudování samostatného oboru ergoterapie na vysoké škole (Söderström a Weitzlmair, 2023; Perryman-Fox a Cox, 2020).

V České republice momentálně pracuje zhruba 292 ambulantních ergoterapeutů, ale stále se zvyšuje počet pacientů vyžadující dlouhodobou rehabilitační péči a zvyšující se demografická křivka má negativní dopad na nedostatek personálu a zajištění právě těchto potřebných služeb (Míková a Kučerová, 2023; Navrátil et al., 2022). Z tohoto důvodu se očekávalo, že absence ambulantní ergoterapeutické intervence je především z důvodu nedostupnosti její péče. Ukázalo se, že na ambulantní ergoterapii nedocházelo 90 % respondentů a nepodařilo se prokázat absence docházení na ambulantní ergoterapii především z důvodu nedostupnosti její péče. Důvody pacientů byly zastoupeny přibližně ve stejném poměru ((a) na respondenty, kteří o ergoterapii mají zájem, ale je jim nedostupná, (b) respondenti nemající zájem docházet na ergoterapii (popř. mají dojem, že jim stačí navštěvovat fyzioterapeuta) a (c) respondenti, kteří ergoterapii neznají nebo jim nebyla lékařem doporučena). V rámci absence docházky na ambulantní rehabilitaci se předpokládalo, že pacienti mají malé povědomí o ergoterapeutické profesi a zároveň nevědomost o existenci ergoterapeutických ambulancí a náplně ergoterapeuta. Pokud by byl výzkum proveden na větším počtu respondentů, více by mohl objasnit, jaké důvody mohou převažovat pro její absenci. Pro potvrzení, zda pacienti nedocházejí z důvodu její nedostupnosti, byl vytvořen seznam smluvních poskytovatelů zdravotních služeb pro ambulantní ergoterapii pro dospělé.

Očekávalo se největší zastoupení v hlavním městě České republiky a překvapivým objevem bylo zjištění, že nejvíce ergoterapeutických ambulancí je v Moravskoslezském kraji (n = 23) a až na druhém místě je v hlavní město Praha (n = 10). Předpokladem pro největší zastoupení ergoterapeutických ambulancí v Praze byl početní výskyt nemocnic, vysoká hustota zalidnění či výskyt pacientů vyžadující specializovanou péči i díky závažnějšímu průběhu onemocnění. Přesto je neobvyklým objevem Moravskoslezský kraj, který má takřka

dvojnásobné zastoupení ergoterapeutických ambulancí, a to z nejasných důvodů. Naopak nejmenší výskyt je v Královéhradeckém (n = 1) a Plzeňském kraji (n = 1) a to i přesto, že se v Královéhradeckém kraji nachází nejméně 2 rehabilitační ústavy a nespočet nemocnic. Zajímavé je, že žádný respondent nepocházel z Královéhradeckého, Libereckého, Moravskoslezského, Olomouckého, Pardubického a ze Zlínského kraje. V Moravskoslezském kraji je nejvíce ergoterapeutických pracovišť a byla by zde největší pravděpodobnost k dosažení ambulantní ergoterapie. Předpokládá se, že pacienti z Moravy a ze Slezska jsou směřováni do Kranioprogramu v Rehabilitačním ústavu Hrabyně, pacienti z Královéhradeckého, Libereckého a Pardubického kraje jsou odkázáni na Kranioprogram do Hamzovy odborné léčebně Luže-Košumberk. Z tohoto hlediska by bylo vhodné zaměřit budoucí výzkum na všechny Kranioprogramy v České republice a posoudit kontinuitu péče po ukončení ústavní hospitalizace po specializovaném programu pro pacienty po získaném poškození mozku.

Česká asociace ergoterapeutů (2024b) na svých webových stránkách uvádí též seznam ergoterapeutických pracovišť, kde si lze vyfiltrovat dospělou skupinu a ambulantní ergoterapii. Nicméně neuvádí, s jakou pojišťovnou má zařízení uzavřenou smlouvu a seznam je pro vyfiltrování některých položek nepřehledný. Na základě zákona č. 48/1997 Sb., zákon o veřejném zdravotním pojištění, § 40 odst. 10) a) umožnění přístupu k seznamu smluvních poskytovatelů zdravotních služeb bylo požádáno o seznam jednotlivých odborností pro ambulantní ergoterapii, fyzioterapii, logopedii a psychologii, s cílem zhodnotit dostupnost zdravotních služeb v oblasti rehabilitace (Česko, 1997). Došlo se k závěru, že není rovnoměrně zajištěna ambulantní rehabilitace napříč rehabilitačními odbornostmi a konkrétně ergoterapeutické ambulance výrazně zaostávají za ostatními odbornostmi v počtu ambulancí.

Předpokládá se, že existuje několik demotivačních prvků ke zřízení ambulantní ergoterapie. Mezi prvky lze zařadit neznalost indikace lékaře k předepsání žádanky na ambulantní ergoterapii nebo malá úhrada ergoterapeutických kódů (záležící na stupni dosaženého vzdělání) (Hoidekrová, Rodová a Sládková, 2022; Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2016a).

Z dotazníkového šetření bylo v rámci předepisování ambulantní rehabilitace zjištěno, že téměř 2/5 respondentů neměly vystavenou žádanku, z docházejících respondentů ji 9,4 % nemělo předepsanou a byli samoplátcí. Žádanky byly nejvíce předepisovány praktickými lékaři, poté neurology a lékaři rehabilitační a fyzikální medicíny, tedy obdobně jako ve Spolkové republice Německo (Hempler et al., 2018).

Nedávná studie poukazuje na zvýšené využívání zdravotních služeb u osob vyššího věku a budoucí riziko odchodu do starobního důchodu všeobecných praktických lékařů

pro dospělé. Ukázalo se, že vážený průměrný věk všeobecného praktického lékaře pro dospělé je 55,2 let a 37,7 % lékařů je nad 60 let a více. Ačkoliv je momentální rozložení lékařů v České republice poměrně rovnoměrné, v budoucnu to tak být nemusí a potenciálně mohou být ohroženy osoby především z rurálních oblastí (Maláková, Šídlo a Bělobrádek, 2020). Hustota lékařů je globálně vyšší ve větších městech a počet lékařů v jednotlivých státech Evropské unie se liší. Největší rozdíl mezi dostupností lékařů ve městech a v rurálních oblastech byl zaznamenán v Maďarsku, Litvě, Lotyšsku, nebo ve Slovenské republice. Také se poukázalo na vysokou hustotu lékařů v hlavních městech a mezi nimi jsou i státy jako je Česká republika, Rakousko či Slovenská republika. Ve Spolkové republice Německa je pozoruhodný úkaz nadprůměru lékařů ve městech a podprůměru lékařů v rurálních oblastech. Ačkoliv v České republice je rozdíl mezi městskou a rurální oblastí, hustota lékařů v ČR na 1000 obyvatel v městských oblastech dosahuje 5,6 lékařů a v rurálních oblastech 4,3 lékařů (OECD, 2021). Předpokladem pro zajištění ambulantní rehabilitace je předepsání žádanky od praktického lékaře nebo od jiného odborníka a stárnutí populace tak negativně ovlivně poptávku po ambulantní rehabilitaci a její nabídku.

Zahraniční doporučené postupy (Stroke Foundation či Canadian Stroke Best Practices) se již zmiňují o možnosti využití virtuální rehabilitace, která by mohla pomoci se zajištěním dostupnosti rehabilitační péče v méně dostupných regionech. Další studie se zabývala možností využití nízkonákladové telerehabilitace a využití domácí robotické terapie, která by usnadňovala opět dostupnost a návaznost ambulantní rehabilitace, a to především u pacientů s absencí pečovatele, který by zajišťoval dopravu do ambulantního centra (Lui a Nguyen, 2018).

V České republice se problematikou dostupnosti zdravotních služeb začali zabývat v Rehabilitačním ústavu Kladruby, kdy vědecko-výzkumný tým s dalšími interprofesními odborníky zrealizoval projekt Distanční terapie ve spolupráci s Českou asociací robotiky, telemedicíny a kybernetiky (ARTAK). Právě tento projekt může být jedním z řešení při pokračování v rehabilitaci v České republice v případě, že pacienti nemají možnost docházet na ambulantní rehabilitaci v okolí místa svého bydliště. Momentálně je projekt pozastaven a není uvedeno datum opětovného spuštění (Česká asociace robotiky, telemedicíny a kybernetiky, 2024; Hoidekrová, et al., 2021; Pětioký, 2020).

Z dotazníkového šetření vychází, že jedna osoba využívá telerehabilitaci již během prvního měsíce po ukončení ústavní hospitalizace. Dotazník se nezaměřoval na detailnější informace ohledně typu využívané telerehabilitace.

Každý stát má jinou legislativu a variabilní postupy v rámci neurorehabilitační péče. Každopádně doporučené postupy odkazují na předání přímého kontaktu na doporučující služby

pro zajištění kontinuity péče a její zkvalitnění (National Clinical Guideline for the Stroke UK and Ireland, 2023; Stroke Foundation, 2023a; Kovářová et al., 2018). Hempler et al., (2018) udává, že pacienti často nejsou dostatečně informováni o možnosti navázání spolupráci s různými službami. Pokud se zaměříme pouze na doporučení ambulantní péče po ukončení ústavní hospitalizace ukazuje nízké doporučení návazností dalších služeb. Na druhou stranu ze stejných výsledků vyplývá, že byla doporučena i ambulantní ergoterapie. Všech 5 docházejících respondentů uvedlo, že jim poskytovanou službu doporučil terapeut, ke kterému docházeli, nebo jiný terapeut, ke kterému docházejí (myšleno z jiné odbornosti).

V zahraničních doporučených postupech není přesně popsáno, o jaké služby se jedná, zda zdravotní nebo sociální, anebo se vyskytují již v kombinaci obou sfér. Každopádně ergoterapeut může pracovat v sociálním i ve zdravotním sektoru, kdy mezi sociální ambulantní služby lze zařadit například denní stacionář (Česká asociace ergoterapeutů, 2024a). Navíc pokud pacient potřebuje zajistit dlouhodobější rehabilitační péči, je vhodnou volbou kombinace obou služeb s tím, že každá z ní má svou legislativu (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2020; Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2012). V České republice máme například dva denní stacionáře, které spadají do zdravotnických služeb (Kliniku rehabilitačního lékařství v Praze) a sociálních služeb (ERGO Aktiv o.p.s.) (ERGO Aktiv, 2022b; Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 2019).

V zahraničí bylo doporučeno navázat na ambulantní rehabilitaci 66 % pacientům, ale ukázalo se, že polovina pacientů na doporučenou službu nedocházela (Stroke Foundation, 2020). Oproti zahraničí byla v Rehabilitačním ústavu v Kladrubech jen zřídka doporučena ambulantní rehabilitace v okolí místa pacientova bydliště, a i přes to 32 respondentů docházelo alespoň na jednu ambulantní rehabilitaci. Konkrétně z 50 respondentů docházelo v 54 % na ambulantní fyzioterapii, 24 % ke klinickému logopedovi, 10 % na ambulantní ergoterapii a v 8 % ke klinickému psychologovi. Ambulantní ergoterapie a psychologie byla vždy v kombinaci s další ambulantní rehabilitací (fyzioterapií, logopedií) a žádný z respondentů je neabsolvoval samostatně. Bez kombinace chodilo na ambulantní fyzioterapii 19 respondentů a na logopedii pět respondentů. Z toho též vyplývá, že nejvyšší četnost v docházce na ambulantní rehabilitaci má fyzioterapie a klinická logopedie. Zatímco na ambulantní ergoterapii dva pacienti zatím absolvovaly pouze vstupní vyšetření, dva dochází 4x do měsíce a jeden dochází 8x do měsíce. V rámci klinické psychologie všichni docházející pacienti absolvovali zatím vstupní vyšetření bez domluvy další terapie, nebo čekají na vyjádření dané odbornosti. Předpokládalo se, že v případě motorického deficitu, ať už na horní, dolní končetině či v její kombinaci, praktičtí lékaři a neurologové předepisují pouze ambulantní fyzioterapii

a ergoterapeutická intervence bude opomíjena. A v případě těžké afázie se předpokládá, že většině pacientů bude indikována ambulantní logopedie. Také se předpokládá neznalost lékařů k indikaci ergoterapeutické ambulantní péči. Zároveň indikace od dané odbornosti v pokračování rehabilitační péče se může považovat za prvotní impuls k docházení na ambulantní rehabilitaci po ukončení ústavní hospitalizace.

Důležitým facilitátorem je rodina pacienta, která může zajišťovat transport na ambulantní rehabilitaci (Hempler et al., 2018). Z analýzy dat z dotazníkového šetření vyšlo, že 94 % sdílelo domácnost s rodinou nebo blízkou osobou, a pouze 6 % žilo v době dotazníku samostatně. Respondenti docházející alespoň na 1 ambulantní rehabilitaci uvedli, že až 44 % se na terapii dopravuje s dopomocí druhé osoby a ve 21,9 % se dopravují sami. Nejvíce využívaným prostředkem bylo auto, na druhém místě se umístila chůze bez nutnosti využití dopravního či jiného prostředku a na třetím místě dopravy byla městská hromadná doprava (MHD). V návaznosti na tyto otázky následovala otázka o hrazení dopravy, kdy si většina respondentů (docházející alespoň na 1 ambulantní rehabilitaci) hradila náklady spojené s transportem sama.

Také bylo zajímavé zmapování a rozdělení respondentů podle počtu obyvatel s ohledem na docházení na ambulantní rehabilitaci, kdy vyšla výsledná hodnota $p = 0,706$, tedy větší než stanovená hladina významnosti ($p = 0,05$), a proto nulovou hypotézu nelze zamítnout. Nepodařilo se prokázat, že pacienti žijící ve městech nad 10 tisíc obyvatel dochází častěji na ambulantní rehabilitační péči než pacienti žijící pod 10 tisíc obyvatel. Nicméně zahraniční studie poukazují na snížené využívání ambulantní rehabilitace v rurálních oblastech (Yeh et al., 2022; Hung a Fong, 2019).

Pokud se zaměříme na využívání ambulantní fyzioterapie a ergoterapie, tak je ergoterapeutická péče méně využívaná z hlediska její nižší nedostupnosti (Yeh et al., 2022). Toto tvrzení podporuje i vytvořený seznam napříč jednotlivými odbornostmi, kdy fyzioterapie má vysokou dostupnost oproti ostatním odbornostem, a i zároveň studie od Míkové a Kučerové (2023), kde se zaměřuje na počet ergoterapeutů a fyzioterapeutů pracujících v ambulancích v České republice.

Jedna z hypotéz srovnávala mladší a starší věkovou kategorii s docházkou na ambulantní rehabilitaci. P-hodnota testu vycházela 0,239, což znamenalo, že p-hodnota je větší než stanovená hladina významnosti (0,05), a proto nelze zamítnout nulovou hypotézu. Opět se nepodařilo prokázat, že pacienti ve vyšším věku dochází méně často na ambulantní rehabilitační péči než pacienti mladší. Navzdory zamítnutí hypotézy poukazovala zahraniční studie na rozdílnost ve využívání ambulantních služeb s ohledem na věk a na pohlaví. Studie od Yeh et al., (2022) udává, že starší jedinci jsou ohroženi vyšší pravděpodobností

k nevyužívání ambulantní rehabilitace. Autoři předpokládají, že starší pacienti mají nižší očekávání od zotavení než mladší jedinci. Předpokládá se, že vnitřní a vnější motivace je důležitým facilitátorem, a to především pozdějších fázích rehabilitace. Na počátku mohou být pacienti motivováni, ale časem může motivace ubývat.

Avšak nejnovější poznatky z České republiky ukázaly vyšší čerpání zdravotnických služeb u mladších jedinců mimo okolí svého bydliště než u starších jedinců a větší vůli cestovat za zdravotnickými službami delší vzdálenost (Maláková, 2022).

Na funkčním zlepšení jedince má nezastupitelný podíl neuroplasticita mozku, která je ovlivňována neovlivnitelným faktorem, a to věk. Mladší jedinci mají vyšší pravděpodobnost k reorganizaci změn než starší jedinci (Kleim a Jones, 2008). Předpokladem může také být, že mladší jedinci po získaném poškození mozku mohou být v produktivním věku a jejich snaha o navrácení do běžného denního života může být silnější než u starších jedinců. Celosvětově žije 73 milionů osob se získaným poškozením mozku v produktivním věku a míra zaměstnanosti je velice variabilní z důvodu posuzování v různých zemích (35 %–71 %) (Finger et al., 2023).

Studie Yeh et al. (2022) odhalila také souvislost mezi využíváním ambulantní rehabilitace a pohlavím. Ukázalo se, že v Asii ženy méně často navštěvují ambulantní rehabilitaci než muži. Autoři se domnívají se, že tento fenomén může být způsoben zastoupením více mužů na trhu práce, a tím nezajištěním dopravy na potřebné terapie svých blízkých.

Česká studie poukazuje na mužskou populaci, která je ochotnější dojíždět za zdravotnickými službami delší vzdálenost od místa svého bydliště než ženy, ačkoliv není popsán způsob dopravy do zařízení poskytující zdravotní služby (Maláková, 2022).

Do dotazníkového šetření se zapojilo 14 žen a 36 mužů. Po analýze dat vychází, že 78,6 % žen a 58,3 % mužů dochází alespoň na jednu ambulantní rehabilitaci. Z tohoto přehledu vyplývá, že na ambulantní rehabilitaci dochází více ženy. Nicméně se jedná o malý výzkumný vzorek a data nemohou být generalizována. V rámci nejvíce využívaného typu zařízení zdravotních služeb byla zvolena nemocnice (37,5 %), využití soukromých zdravotních služeb 31,3 % a 12,5 % respondentů využívalo specializované zdravotnické zařízení zaměřené pro pacienty po získaném poškození mozku. Dalším překvapením bylo docházení rehabilitačních odborníků do domácího prostředí, kdy tři samoplátci využívali možnost této služby.

Celosvětově se délka dožití zvyšuje. World Health Organization (2022) odhaduje, že v roce 2030 bude každá 6. osoba na zemi dosahovat věku 60 a více a v roce 2050 se počet lidí nad 60 let a více zdvojnásobí na 2,1 miliardy. Ve stejném roce stoupne osob žijících nad 80 let na 426 milionů. Tento fenomén může vzniknout z dlouhodobé nízké porodnosti,

zvýšené naděje na dožití vysokého věku, další předpoklad je i díky rozvoji moderního lékařství. Bohužel data z Evropské unie, kde je nyní 27 států, naznačují postupné snižování osob v produktivním věku, a s tím dopad na zvyšování nároků na zajištění sociálních výdajů (Allen, 2020).

V roce 2022 měla Česká republika 10 837 529 obyvatel, z toho 63,4 % je produktivní populace a 20,4 % seniorské populace, která se stále zvyšuje (Český statistický úřad, 2024b). Zajímavostí je přehled přístupu dlouhodobé péče u osob nad 65 žijící v domácím prostředí. Přehled poukazuje na 22 evropských zemí, kde žije polovina osob s problémy s vykonáváním alespoň jedné činnosti v rámci pADL nebo iADL. Také ukazuje, že Českou republiku řadíme na jedno z míst nejvíce neuspokojených potřeb v rámci dlouhodobé péče, a to jak při omezení jedné aktivity v rámci pADL a iADL, tak i v rámci omezení třech a více aktivit (OECD, 2021).

V České republice dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, řadíme do konceptu domácí péče i léčebně rehabilitační péči, která by měla vést k soběstačnosti a nezávislosti pacienta na druhých osobách. Nicméně ergoterapeut není legislativně uveden do konceptu domácí péče (Strnadová et al., 2020; Česko 2011). Předpokladem pro legislativní usnesení ergoterapeuta do konceptu domácí péče je zajištění podpory dlouhodobé péče, uspokojování potřeb pacienta a udržení či zlepšení stávajícího stavu.

Další zajímavou oblastí byla otázka ohledně doporučení aplikace botulotoxinu na horní končetinu. Právě prevalence spasticity po cévní mozkové příhodě je variabilní (30 %–80 %) a má za následek zhoršování polohování poškozené končetiny, mobility, ovlivňuje všední denní aktivity a celkově má dopad na kvalitu života jedince. Při léčbě spasticity se kombinuje farmakologická a nefarmakologická léčba a v současné době se poukazuje na efektivitu injekčního aplikování botulotoxinu se současnou rehabilitační intervencí (Hatem et al., 2016; Kuo a Hu, 2018). V praxi se setkáváme s termínem spastická poradna nebo komplexní centrum pro léčbu spasticity, která je součástí ambulantních zdravotnických služeb (Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, 2024; Ústřední vojenská nemocnice, 2024).

Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že 32 % respondentům byla doporučena aplikace botulotoxinu na horní končetinu, z toho 31,3 % má po aplikaci botulotoxinu na horní končetině v různých zařízeních po České republice a všichni absolvovali edukaci na domácí cvičení.

Závěrečné zamyšlení je nad zdravotním pojištěním. Zdravotní pojištění v České republice je založeno na principu veřejného zdravotního pojištění (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2024b). Podle zákona 48/1997 Sb., zákon o veřejném zdravotním pojištění, je v České republice povinnost uzavřít smlouvu se zdravotní pojišťovnou u osob, které mají trvalý pobyt v České republice, a to bez ohledu na státní občanství. Existují výjimky, že za předpokladu

splnění určitých podmínek nemusí být zdravotní pojištění povinné (Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2024d; Česko, 1997).

Právě zdravotní pojišťovny jsou povinny na základě nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, zajistit časovou a místní dostupnost jednotlivých zdravotních služeb. Také každý pojištěnec má právo si zvolit jakékoliv zdravotní zařízení a neexistují spádové oblasti. V případě, že pojištěnec hledá určitou zdravotní službu, má právo zažádat u pojišťovny, aby mu předala seznam smluvních poskytovatelů zdravotnických služeb.

Seznam neukazuje aktuální kapacitu zdravotnického zařízení a může nastat situace, kdy je pojištěnec odmítnut z důvodu naplnění kapacity zařízení (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2024c). V dotazníkovém šetření byla položena otázka ohledně informovanosti o možnosti oslovení pojišťovny pro předání seznamu smluvních poskytovatelů zdravotnických služeb. Celkově o této možnosti vědělo pouze 20 % respondentů. Z dat také vyplynulo, že 90 % respondentů, kteří o možnosti ví, dochází na ambulantní rehabilitační péči a respondenti, kteří o možnosti neví, dochází pouze v 57,5 % případech.

Další zajímavostí je zajištění dostupnosti zdravotní péče se spojením dojezdové doby k zařízení poskytující ambulantní péči. Jednotlivé ambulantní odbornosti jsou rozdělené do pěti skupin podle dojezdové doby ke zdravotní službě. Pro představu, v první skupině se vyskytuje například všeobecné praktické lékařství, gynekologie a porodnictví či lékárny, které mají 35minutovou dojezdovou dobu. Do druhé skupiny je zařazena fyzioterapie společně s dalšími odbornostmi jako je rehabilitační a fyzikální medicína, urologie, vnitřní lékařství s dojezdovou dobou 45 minut. Do třetí skupiny patří například psychologie, logopedie, revmatologie s 60minutovým dojezdovým časem. Interesantní je rozdělení rehabilitačních odborností, kdy fyzioterapie má sníženou časovou dostupnost s porovnáním s logopedií a psychologií. Ergoterapie není zařazena ani do jedné ze skupin ambulantní péče s místní a časovou dostupností (Česko, 2012).

Důležité je také zmínit, že během vytváření této práce došlo k aktualizaci fázového modelu neurorehabilitace, který byl popsán v teoretické části podle staršího vydání. Nový model nadále rozděluje fázi B na B1 a na B2. Fáze B1 by měla zajišťovat intenzivní neurorehabilitační péči, zatímco B2 toto kritérium splňovat nemusí. Cílem je zkvalitnění a zajištění tak kontinuity rehabilitačního procesu u pacientů po získaném poškození mozku a vhodněji ho zařadit do zařízení, který vyžaduje jeho klinický stav (Grünerová-Lippertová et al., 2024).

4.3 Limitace práce a doporučení pro další výzkum

Původním záměrem práce bylo propojení všech Kranioprogramů v České republice pro zvýšení počtu odpovědí v dotazníkovém šetření a zajistit tak adekvátnější data ke statistickému zpracování. Byla stanovena minimální hranice počtu respondentů na 50, která byla dodržena. Ačkoliv je 50 respondentů malý vzorek, nábor probíhal téměř 11 měsíců. Nicméně i přesto je to výzkum s malým množstvím dat k objektivizaci, a proto je nutné pokračovat v dalších výzkumech. V době vytvoření a sbírání dat z dotazníku nebylo z personálního hlediska možné tento předpoklad naplnit, a z tohoto důvodu je výsledkem omezené množství získaných dat.

Vzhledem k limitaci českých a zahraničních zdrojů ohledně vykazování fyzioterapie a ergoterapie přes FT poukaz je předpokládáno, že lékaři mají spojen FT poukaz pouze s výkonem fyzioterapeutické péče a ergoterapeutická péče, která lze též předepsat, je opomíjena. Ačkoliv je FT poukaz určen pro vyšetření nebo ošetření obou profesí, zkratka FT spíše evokuje ambulantní rehabilitační péči u fyzioterapeuta. Otázkou zůstává, zda by do budoucna neměl vzniknout ET poukaz přímo pro ergoterapii a rozdělit tak zvláště obě profese poukazem. Z tohoto hlediska se doporučuje budoucí výzkumy zaměřit na oblasti povědomí předepisování ergoterapeutické péče skrz FT poukaz u praktických lékařů a dalších ambulantních specialistů. Zároveň by bylo vhodné oslovit i samotné ergoterapeuty, zda mají povědomí o předepisování ambulantní ergoterapie, respektive na jaký poukaz se vypisuje žádanka.

Není zcela jasné, jaký je počet ergoterapeutů v České republice a není ani jasná jejich distribuce. Respektive, jaký je počet ergoterapeutů pracujících ve zdravotní a sociální sféře. Vzhledem k přibývajícimu počtu absolventů na 5 vysokých školách, by se nárůst ergoterapeutů dal očekávat. V klinické praxi se stále sekáváme s názorem, že ergoterapeutů je výrazný nedostatek, což následně ovlivňuje postavení nejen v odborné společnosti, ale i při podpoře pojišťoven k zřizování ambulancí až po frekvenci předepisování ergoterapie na FT poukazy. Nadále se v klinické praxi čím dál tím více setkáváme s ergoterapeutickými ambulancemi vyžadující přímou úhradu (soukromé praxe). V diplomové práci jsou shrnuty pouze ergoterapeutické ambulance, kteří poskytují úhradu na pojišťovnu, ale zároveň existuje mnoho zařízení, které požadují přímou platbu bez možnosti proplacení u zdravotnické pojišťovny.

Ukazují se rozdíly využívání zdravotnických služeb mezi pohlavím a věkem pacienta. Z tohoto důvodu by bylo také vhodné budoucí výzkumy zaměřit i na posouzení využití

zdravotních služeb s ohledem na věk a pohlaví pro získání adekvátnější představy o rozložení pacientů v České republice.

Dále byla v diskusi řešena problematika dojezdové doby k jednotlivým ambulantním odbornostem a bylo by zajímavé zjistit reálné dojezdové časy k jednotlivým odbornostem s porovnáním osob žijících ve městech a v rurálních oblastech.

V neposlední řadě je po provedeném dotazníkovém šetření doporučeno provést revizi dotazníku a zdokonalit tak budoucí výzkum, který by se mohl z opakovat na větším vzorku respondentů.

Poslední položenou a částečně nezodpovězenou otázkou zůstává, jak rehabilitují ostatní pacienti (i mimo pacientů po získaném poškození mozku) po ukončení ústavní hospitalizace, kteří se nacházejí v rurálních oblastech, kde je ambulantní rehabilitační péče hůře dostupná a potřebují navázat na ambulantní zdravotní služby. V České republice dle prostudovaných literárních zdrojů chybí výzkumy, které by se tímto problémem věnovaly.

5 ZÁVĚR

V posledních letech došlo ke globálnímu nárůstu ergoterapeutů a zvýšené prevalenci získaného poškození mozku. V zahraničí jsou vypracována klinická doporučení s cílem zkvalitnit rehabilitační péči a zajistit, tak její kontinuitu. Neexistuje jednotný doporučený postup a naráží se na odlišnost jednotlivých doporučených postupů z různých zemí, avšak všechny zdůrazňují včasné zahájení rehabilitace a po ukončení ústavní hospitalizace je vhodné navázat na ambulantní rehabilitaci.

V současné době je velmi diskutované i téma dostupnosti ambulantní péče. Tato práce měla za cíl zhodnotit dostupnost ergoterapeutické péče po ukončení ústavní hospitalizace u pacientů po získaném poškození mozku v Rehabilitačním ústavu Kladruby v rámci Kranioprogramu. Výsledky práce ukázaly, že celkově docházelo alespoň na 1 ambulantní rehabilitaci 32 respondentů, z toho pouze 5 respondentů docházelo na ambulantní ergoterapii.

Dle testování hypotéz se nepodařilo prokázat, že pacienti žijící ve městech nad 10 tisíc obyvatel dochází častěji na ambulantní rehabilitační péči než pacienti žijící pod 10 tisíc obyvatel. Stejně tak se nepodařilo prokázat, že absence návštěvy ergoterapeutické ambulance je převážně z důvodu nedostupnosti její péče. I když důvody, kvůli kterým pacienti nedochází na ambulantní ergoterapii, jsou zastoupeny přibližně ve stejném poměru ((a) na respondenty, kteří o ergoterapii mají zájem, ale je jim nedostupná, (b) respondenti nemající zájem docházet na ergoterapii (popř. mají dojem, že jim stačí navštěvovat fyzioterapeuta) a (c) respondenti, kteří ergoterapii neznají nebo jim nebyla lékařem doporučena). Ani poslední stanovená hypotéza H3 neprokázala, že pacienti ve vyšším věku dochází méně na ambulantní rehabilitaci než mladší jedinci.

V rámci práce byl vytvořen seznam smluvních poskytovatelů zdravotních služeb pro ambulantní ergoterapii pro dospělé v České republice. Cílem bylo zhodnotit dostupnost jednotlivých ergoterapeutických ambulancí v jednotlivých krajích a vytvořit přehledný seznam pro možnost odkázání pacienta na příslušnou ambulanci v okolí místa jeho bydliště před ukončením ústavní hospitalizace. Došlo se k závěru, že 66 zařízení (z celkového počtu 94 zařízení) se zaměřuje i na dospělé, nejvíce ergoterapeutických ambulancí pak nabízí pojišťovny VZP (n = 57) a OZP (n = 57). Z přehledu rovněž vychází nerovnoměrné rozložení v jednotlivých krajích, kdy nejvyšší počet ergoterapeutických ambulancí má Moravskoslezský kraj (n = 23), Praha (n = 10), naopak nejméně Královéhradecký (n = 1) a Plzeňský kraj (n = 1). Zároveň se poukázalo na nerovnoměrné zastoupení jednotlivých profesí u jednotlivých pojišťoven, kde se zjistilo, že fyzioterapeutické ambulance mají jasnou převahu oproti

logopedickým, psychologickým. Ohledně počtu rehabilitačních ambulancí, ergoterapeutické za nimi silně zaostávají. I přesto, že převládá názor, že ambulantní ergoterapie je v České republice nedostupná, podařilo se tuto teorii částečně vyvrátit. Ergoterapeutické ambulance mají nižší dostupnost oproti ostatním rehabilitačním odbornostem, ale nejsou zcela nedostupné. Budoucí výzkum by se měl zabývat, co je klíčovým důvodem nevyhledávání ergoterapeutických ambulancí. A bylo by i vhodné provést další výzkumy zabývající se dostupností ambulantní rehabilitace po ukončení ústavní hospitalizace. Tato studie obsahuje malý vzorek 50 respondentů a tato data nelze generalizovat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADERINTO, Nicholas et al., 2023. Exploring the transformative influence of neuroplasticity on stroke rehabilitation: a narrative review of current evidence. *Annals of Medicine and Surgery* [online]. **85**(9), 4425–4432 [cit. 2024-03-03]. ISSN 2049-0801. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/MS9.0000000000001137>

ALLEN, S., 2020. Archive: Struktura a stárnutí obyvatelstva. In: *Eurostat* [online]. 18. 12. 2020. Poslední aktualizace 20. 7. 2021 [cit. 2024-03-17]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Struktura_a_stárnutí_obyvateľstva&oldid=510077#Pod.C3.ADl_star.C5.A1.C3.ADch_osob_se_nad.C3.A1le_zvy.C5.A1uje

AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2023. The AASM International Classification of Sleep Disorders – Third Edition, Text Revision (ICSD-3-TR). In: *Aasm.org* [online]. 22. 5. 2023 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://aasm.org/clinical-resources/international-classification-sleep-disorders/>

ASISTENCE, 2024. Služby. *Asistance.org* [online]. © 2024 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://www.asistence.org/sluzby/>

ASOCIACE KLINICKÝCH LOGOPEDŮ ČESKÉ REPUBLIKY, 2024. Afázie. *Klinickalogopedie.cz* [online]. © 2024 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--co-je-to--afazie>

AUSTROADS, 2022. *Assessing fitness to drive for commercial and private vehicle drivers 2022* [online]. Sydney: Austroads [cit. 2024-01-28]. ISBN 978-1-922700-17-9. Dostupné z: https://austroads.com.au/__data/assets/pdf_file/0037/498691/AP-G56-22_Assessing_Fitness_Drive.pdf

BAČOVÁ, Eliška a Lenka BAČOVÁ, 2016. Poruchy jemné motoriky v ordinaci praktického lékaře. *Praktický lékař* [online]. **96**(3), 125–127 [cit. 2024-01-13]. ISSN 0032-6739. Dostupné z: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=e3539be4-677d-420c-b797-ea5719e410a8%40redis>

BALLESTER, Belén Rubio et al., 2021. Relationship between intensity and recovery in post-stroke rehabilitation: a retrospective analysis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* [online]. **42**(6), 333–340 [cit. 2024-01-25]. ISSN 1468-330X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/jnnp-2021-326948>

BERKOVÁ, Marie a Zdeněk BERKA, 2018. Pády: významná příčina morbidit a mortality seniorů. *Vnitřní lékařství* [online]. **64**(11), 1076–1083 [cit. 2024-01-13]. ISSN 1801-7592. Dostupné z: <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2018/11/15.pdf>

BILÍKOVÁ, Soňa, 2024. Ergoterapie. *Ergoterapie-doma.cz* [online]. © 2024 [cit. 2024-02-12]. Dostupné z: <https://ergoterapie-doma.cz/ergoterapie>

BRAIN INJURY ASSOCIATION OF AMERICA, 2024. What is the difference between an acquired brain injury and a traumatic brain injury? *Biausa.org* [online]. © 2024 [cit. 2024-03-17]. Dostupné z: <https://www.biausa.org/brain-injury/about-brain-injury/nbiic/what-is-the-difference-between-an-acquired-brain-injury-and-a-traumatic-brain-injury>

BROC, Nicolas a Armin SCHNIDER, 2023. Influence of Age on the Success of Neurorehabilitation. *Clinical and Translational Neuroscience* [online]. **7**(1), 9 [cit. 2024-03-03]. ISSN 2518-183X. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ctn7010009>

BUCKLEY, Benjamin et al., 2022. Stroke-heart syndrome: incidence and clinical outcomes of cardiac complications following stroke. *Stroke* [online]. **53**(5), 1759–1763 [cit. 2024-03-03]. ISSN 1524-4628. Dostupné z: <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.121.037316>

BURNS, Suzanne Perea et al., 2022. Stroke recovery during the COVID-19 pandemic: a position paper on recommendations for rehabilitation. *Archives of physical medicine and rehabilitation* [online]. **103**(9), 1874–1882 [cit. 2024-03-03]. ISSN 1532-821X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2022.04.004>

CASE MANAGEMENT SOCIETY OF AMERICA, 2008a. Welcome. *Cmsa.org* [online]. © 2008 [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: <https://cmsa.org/>

CASE MANAGEMENT SOCIETY OF AMERICA, 2008b. What is a Case Manager? *Cmsa.org* [online]. © 2008 [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: <https://cmsa.org/who-we-are/what-is-a-case-manager/>

CASE MANAGEMENT SOCIETY OF AMERICA, 2024. History of Case Management. *Cmsadetroit.org* [online]. © 2024 [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: https://cmsadetroit.org/History_of_Case_Management

CENTRUM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ZNOJMO, 2016. Centrum denních služeb. In: *Cssznojmo.cz* [online]. 21. 11. 2016 [cit. 2024-03-03]. Dostupné z: <https://www.cssznojmo.cz/index.php/sluzby/centrum-dennich-sluzeb>

CEREBRUM, 2024a. Poškození mozku. *Cerebrum2007.cz* [online]. © 2024 [cit. 2024-03-17]. Dostupné z: <https://cerebrum2007.cz/poskozeni-mozku/>

CEREBRUM, 2024b. Kdo jsme. *Cerebrum2007.cz* [online]. © 2024 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://cerebrum2007.cz/kdo-jsme/>

CUMMING, Toby B. et al., 2013. Montreal Cognitive Assessment and Mini–Mental State Examination are both valid cognitive tools in stroke. *Acta Neurologica Scandinavica* [online]. **128**(2), 122–129 [cit. 2024-02-15]. ISSN 1600-0404. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/ane.12084>

CUSTODIUM, 2024. Denní stacionář sv. Ludmily. *Custodium.cz* [online]. © 2024 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://www.custodium.cz/zarizeni/denni-stacionar-velehradska/>

ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ, 2015. Odpověď VZP na dotaz ČAE ohledně nasmlouvání ergoterapeutických kódů. In: *Ergoterapie.cz* [online]. 1. 4. 2015 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://ergoterapie.cz/2015/04/01/odpoved-vzp-na-dotaz-cae-ohledne-nasmlouvani-ergoterapeuticky-kodu/>

ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ, 2024a. O profesi. *Ergoterapie.cz* [online]. © 2024 [cit. 2024-04-20]. Dostupné z: <https://ergoterapie.cz/o-profesi/>

ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ, 2024b. Seznam zařízení. In: *Ergoterapie.cz* [online]. 19. 2. 2024 [cit. 2024-03-02]. Dostupné z: <https://ergoterapie.cz/seznam-zarizeni/>

ČESKÁ ASOCIACE ROBOTIKY, TELEMEDICÍNY A KYBERNETIKY, 2024. Naše projekty. *Artak.cz* [online]. © 2024 [cit. 2024-04-10]. Dostupné z: <https://www.artak.cz/projekty/>

ČESKO, 1997. Zákon č. 48 ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů ČR* [online]. Částka 16 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48#cast8>

ČESKO, 2004. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských a zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů ČR* [online]. Částka 30 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

ČESKO, 2006. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů ČR* [online]. Částka 37 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>

ČESKO, 2011. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů ČR* [online]. Částka 131 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

ČESKO, 2012. Nařízení vlády č. 307 ze dne 29. srpna 2012 o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb. In: *Sbírka zákonů ČR* [online]. Částka 110 [cit. 2024-04-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-307>

ČESKO, 2013. Vyhláška č. 70 ze dne 29. února 2012 o preventivních prohlídkách. In: *Sbírka zákonů ČR* [online]. Částka 27 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-70>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2019. Lidem se zdravotním postižením nejvíc chybí peníze a dostupná zdravotní péče. In: *Czso.cz* [online]. Poslední aktualizace 20. 6. 2019 [cit. 2024-01-25]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/lidem-se-zdravotnim-postizenim-nejvic-chybi-penize-a-dostupna-zdravotni-pece>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2024a. Obyvatelstvo. In: *Czso.cz* [online]. 18. 3. 2024 [cit. 2024-04-12]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_lide

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2024b. Aktuální populační vývoj v kostce. In: *Czso.cz* [online]. 1. 3. 2024 [cit. 2024-04-12]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/aktualni-populacni-vyvoj-v-kostce>

DE LUCA, Rosaria, Rocco Salvatore CALABRÒ a Placido BRAMANTI, 2018. Cognitive rehabilitation after severe acquired brain injury: current evidence and future directions. *Neuropsychological rehabilitation* [online]. **28**(6). 879–898 [cit. 2024-01-25]. ISSN 1464-0694. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09602011.2016.1211937>

DENNÍ STACIONÁŘ DRUHÝ ŽIVOT, 2024. O stacionáři. *Drzi.cz* [online]. © 2024 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://www.drzi.cz/o-stacionari/>

DOSOUDILOVÁ, Kateřina, 2020. *Metodika Case Managementu* [online]. Praha: Člověk v tísni [cit. 2024-01-27]. ISBN 978-80-7591-041-7. Dostupné z: https://www.clovekvtsni.cz/media/publications/1462/file/metodika-case_ok_opr2.pdf

DUHA, 2016. Centrum denních služeb. *Pomocseniorum.cz* [online]. © 2016 [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: <https://www.pomocseniorum.cz/centrum-dennich-sluzeb/>

ERGO AKTIV, 2022a. Case management – dlouhodobá podpora pro osoby se získaným poškozením mozku. In: *Ergoaktiv.cz* [online]. 11. 2. 2022 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://www.ergoaktiv.cz/sluzby/rehabilitacni-program/>

ERGO AKTIV, 2022b. *Case management – dlouhodobá podpora pro osoby se získaným poškozením mozku* [online]. Praha: 2022 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://www.ergoaktiv.cz/case-management-dlouhodobopodpora-pro-osoby-se-ziskanym-poskozenim-mozku/>

FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY, 2024. Komplexní centrum pro léčbu spasticity. *Fnkv.cz* [online]. © 2024 [cit. 2024-04-10]. Dostupné z: <https://www.fnkv.cz/komplexni-centrum-pro-lecbu-spasticity.php>

FEIGIN, Valery L. et al., 2021. Global, Regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Neurology* [online]. **20**(10), 795–820 [cit. 2022-12-10]. ISSN 1474-4422. Dostupné z: [https://www.doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00252-0](https://www.doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00252-0)

FEIGIN, Valery L. et al., 2022. World Stroke Organization (WSO): Global stroke fact sheet 2022. *International Journal of Stroke* [online]. **17**(1). 18–29 [cit. 2023-12-10]. ISSN 1747-4949. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/17474930211065917>

FINGER, Monika E. et al., 2023. Factors influencing sustainable employment of persons with acquired brain injury (ABI) or spinal cord injury (SCI): A qualitative study evaluating the perspective of health and work professionals. *Frontiers in Rehabilitation Sciences* [online]. **3**, 906567 [cit. 2024-04-10]. ISSN 2673-6861. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fresc.2022.906567>

FYZIOLAND, 2024. Ergoterapie pro dospělé v domácím prostředí. *Fyzioland.cz* [online]. © 2024 [cit. 2024-02-12]. Dostupné z: <https://www.fyzioland.cz/ergoterapieDospeliDoma.php?fbclid=IwAR0C41O5nvRwBg6MgXfYfhewRJI7FfsCIFC4N4EtbMQqgnawd3BRJE8-qLY>

GARCÍA-PÉREZ, Patricia et al., 2022. Interventions within the Scope of Occupational Therapy in the Hospital Discharge Process Post-Stroke: A Systematic Review. *Healthcare* [online]. **10**(9), 1645 [cit. 2024-01-25]. ISSN 2078-2489. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/healthcare10091645>

GÁL, Ota et al., 2015. Neuroplasticita, restituce motorických funkcí a možnosti rehabilitace spastické parézy. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. **22**(3), 101–127. ISSN 1211-2658.

GESUNDHEIT.GV.AT, 2024. Cévní mozková příhoda: rehabilitace. In: *Nzip.cz* [online]. © 2024 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/988-cevni-mozkova-prihoda-rehabilitace>

GRÜNEROVÁ-LIPPERTOVÁ, Marcela, 2005. *Neurorehabilitace*. Praha: Galén. ISBN 8072623176.

GRÜNEROVÁ-LIPPERTOVÁ, Marcela, 2012. Fázový model neurorehabilitace. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. **75**(6) 689–693 [cit. 2023-07-06]. ISSN 1802-4041. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2012-6-1/fazovy-model-neurorehabilitace-38947>

GRÜNEROVÁ-LIPPERTOVÁ, Marcela et al., 2024. *Neurorehabilitace*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-708-9

HAMZOVA LÉČEBNA PRO DĚTI A DOSPĚLÉ LUŽE-KOŠUMBERK, 2024. Kranioprogram. *Hamzova-lecebna.cz* [online]. © 2024 [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: <https://www.hamzova-lecebna.cz/cz/m/kranioprogram/>

HATEM, Samar et al., 2016. Rehabilitation of Motor Function after Stroke: A Multiple Systematic Review Focused on Techniques to Stimulate Upper Extremity Recovery. *Frontiers in Human Neuroscience* [online]. **10**, 442 [cit. 2023-07-18]. ISSN 1662-5161. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389%2Ffnhum.2016.00442>

HECZKOVÁ, Johana, 2013. Služby. *Ergorehabilitace.webnode.cz* [online]. © 2013 [cit. 2024-01-25]. Dostupné z: <https://ergorehabilitace-cz.webnode.cz/sluzby/>

HEMPLER, Isabelle et al., 2018. Post-stroke care after medical rehabilitation in Germany: a systematic literature review of the current provision of stroke patients. *BMC Health Services Research* [online]. **18**, 468 [cit. 2023-07-18]. ISSN 1756-0500. Dostupné z: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3235-2>

HENDL, Jan, 2005. *Kvantitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.

HOIDEKROVÁ, Kristýna a Tomáš VILIMOVSKÝ, 2022. Prostorový neglekt u pacientů po cévní mozkové příhodě. *Listy klinické logopedie* [online]. **6**(2), 34–41 [cit. 2024-01-27]. ISSN 2570-6179. Dostupné z: <https://doi.org/10.36833/lkl.2022.025>

HOIDEKROVÁ, Kristýna et al., 2021. Možnosti využití distanční terapie a telerehabilitace v ergoterapii u pacientů po získaném poškození mozku-pilotní studie. *Rehabilitace a fyzikální lékařství* [online]. **28**(1). 25–31 [cit. 2024-03-14]. ISSN 1211-2658. Dostupné z: <https://doi.org/10.48095/ccrhfl202125>

HOIDEKROVÁ, Kristýna, Zuzana RODOVÁ a Petra SLÁDKOVÁ, 2022. Multidisciplinární tým v primární péči – spolupráce ergoterapeuta a praktického lékaře. *Praktický lékař* [online]. **102**(6), 295–301 [cit. 2024-01-27]. ISSN 0032-6739. Dostupné z: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=0986257f-08f7-45bb-9472-00719df70b3c%40redis>

HOMEBALANCE, 2022. O nás. *Homebalance.cz* [online]. © 2022 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://www.homebalance.cz/>

HRICOVÁ, Alena et al., 2023. *Metodologie v sociální práci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3636-0

HUBÍKOVÁ, Olga, 2018. *Možnosti a podmínky uplatňování Case managementu v sociální práci na obecních úřadech zaměřené na klienty v životních situacích dlouhodobé péče* [online]. Brno: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/756919/Projekt_VUPSV-S2-5_Hlavni_vystup.pdf/6ce2ac29-eeeb-f64c-4fdf-1f0126fe81f4

HUNG, Goris Kin Nga a Kenneth Nai Kuen FONG, 2019. Effects of telerehabilitation in occupational therapy practice: A systematic review. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy* [online]. **32**(1), 3–21 [cit. 2024-01-27]. ISSN 1876-4398. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1569186119849119>

CHARITA VYŠKOV, 2024. Centrum denních služeb. *Vyskov.charita.cz* [online]. © 2024 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://www.vyskov.charita.cz/poskytovane-sluzby/centrum-dennich-sluzeb/>

CHEN, Peii et al., 2023. *Hodnocení prostorového neglektu: (KF-NAP): Český manuál*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-5725-7.

CHEVALLEY, Odile et al., 2023. Physical functioning factors predicting a return home after stroke rehabilitation: A systematic review and meta-analysis. *Clinical rehabilitation* [online]. **37**(12), 1698–1716 [cit. 2024-01-28]. ISSN 0269-2155. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/02692155231185446>

JECH, Robert, 2015. Klinické aspekty spasticity. *Neurologie pro praxi* [online]. **16**(1), 14–19 [cit. 2024-01-28]. ISSN 1213-1814. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2015/01/04.pdf>

JELÍNKOVÁ, Jana a Mária KRIVOŠÍKOVÁ, 2008. *Koncepce oboru ergoterapie* [online]. Praha: ČAE [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: https://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/koncepce_oboru_ergoterapie.pdf

KARAAHMET, Ozgur Zeliha et al., 2018. The effect of premorbid features on post-stroke rehabilitation outcome. *Iranian Journal of Neurology* [online]. **17**(1), 38–46 [cit. 2024-01-28]. ISSN 2717-011X. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6121201/#B9>

KARÁSEK, David, 2018. Diabetes a kardiovaskulární riziko. *Interní medicína pro praxi* [online]. **20**(2), 58–61 [cit. 2024-01-28]. ISSN 1212-7299. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2018/02/02.pdf>

KAUTZ, Donald D. a Elizabeth R. VAN HORN, 2016. Sex and intimacy after stroke. *Rehabilitation Nursing* [online]. **42**(6), 333–340 [cit. 2024-01-25]. ISSN 2048-7940. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27611652/>

KHOT, Sandeep a Lewis Bayard MORGENSTERN, 2019. Sleep and Stroke. *Stroke* [online]. **50**(6), 1612–1617 [cit. 2024-01-25]. ISSN 1524-4628. Dostupné z: <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.118.023553>

KIRKEVOLD, Marii et al., 2018. Promoting psychosocial well-being following stroke: study protocol for a randomized, controlled trial. *BMC Psychology* [online]. **6**(1), 12 [cit. 2024-01-25]. ISSN 2050-7283. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0223-6>

KLEIM, Jeffrey a Theresa JONES, 2008. Principles of experience-dependent neural plasticity: implications for rehabilitation after brain damage. *Journal of Speech Language and Hearing Research* [online]. **51**(1), 225–239 [cit. 2024-01-25]. ISSN 1558-9102. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/5620837_Kleim_JA_Jones_TAPrinciples_of_experience-dependent_neural_plasticity_implications_for_rehabilitation_after_brain_damage_J_Speech_Lang_Hear_Res_51S225-S239

KOLÁŘ, Jozef a Tünde AMBRUS, 2022. Role fyzických osob, kterým je poskytována zdravotní péče – terminologické poznámky. *Česká a slovenská farmacie* [online]. **71**, 13–19 [cit. 2024-01-25]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://doi.org/10.5817/CSF2022-1-13>

KOMPLEXNÍ DOMÁCÍ PÉČE EZRA, 2023. Letáky. *Kehilaprag.cz* [online]. © 2023 [cit. 2024-01-25]. Dostupné z: https://www.kehilaprag.cz/cs/ezra/letak_345

KOŠŤÁLOVÁ, Milena, 2012. Afázie a možnosti jejího skríninkového stanovení pomocí Mississippi Aphasia Screening Test–české verze (MASTcz). *Neurologie pro praxi* [online]. **13**(6), 314–316 [cit. 2024-02-15]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2012/06/06.pdf>

KOŠŤÁLOVÁ, Milena et al., 2013. Test 3F Dysartrický profil–normativní hodnoty řeči v češtině. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. **76**(109), 5 [cit. 2024-02-15]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2013-5/test-3f-dysartricky-profil-normativni-hodnoty-rci-v-cestine-41400>

KOVÁŘOVÁ, Iveta et al., 2018. Cévní mozková příhoda: Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny. *Rehabilitace a fyzikální lékařství* [online]. **25**(3), 126–130 [cit. 2023-07-18]. ISSN 1211-2658. Dostupné z: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=03728bd9-2a88-474b-9b42-79b5fe6b2e9c%40redis&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=133625549&db=Asn>

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária, 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2699-1.

KUO, Chih-Lin a Gwo-Chi HU, 2018. Post-stroke Spasticity: A Review of Epidemiology, Pathophysiology, and Treatments. *International Journal of Gerontology* [online]. **12**(4), 280–284 [cit. 2023-07-18]. ISSN 18739598. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2018.05.005>

LEGAST, Gariela Morelo et al., 2022. Intensive Multi-Disciplinary Outpatient Rehabilitation for Facilitating Return-to-Work after Acquired Brain Injury: A Case-Control Study. *Journal of Rehabilitation Medicine* [online]. **54**(6), 416 [cit. 2023-06-13]. ISSN 1651-2081. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9533331/>

LINDSAY, Patrice et al., 2019a. Outpatient and In-Home Stroke Rehabilitation (including Early Supported Discharge). In: *Canadian Stroke Best Practices* [online]. © 2019 [cit. 2024-01-25]. Dostupné z: <https://www.strokebestpractices.ca/recommendations/stroke-rehabilitation/outpatient-and-community-based-stroke-rehabilitation-including-esd>

- LINDSAY, Patrice et al., 2019b. Box One: Eligibility and Admission Criteria for Stroke Rehabilitation. In: *Canadian Stroke Best Practices* [online]. © 2019 [cit. 2024-01-25]. Dostupné z: <https://www.strokebestpractices.ca/-/media/1-stroke-best-practices/rehabilitation-nov2019/2019-csbpr6-rehabrecovery-box-1-15nov19.pdf?rev=9a18127b0f774852ad38937167092317>
- LINDSAY, Patrice et al., 2022. Virtual Stroke Rehabilitation. In: *Canadian Stroke Best Practices* [online]. © 2022 [cit. 2024-01-25]. Dostupné z: <https://www.strokebestpractices.ca/recommendations/stroke-rehabilitation/virtual-stroke-rehabilitation>
- LIŠKOVÁ, Kateřina et al., 2014. *Neurorehabilitace - Jak se zorientovat?: Příručka pro osoby se získaným poškozením mozku a jejich rodiny* [online]. Praha: Erudis [cit. 2022-12-29]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/523420-Katerina-liskova-a-kolektiv-neurorehabilitace-jak-se-zorientovat-prirucka-pro-osoby-se-ziskanym-poskozenim-mozku-a-jejich-rodiny.html>
- LOW, Michaelle Anne, Emma POWER a Margaret MCGRATH, 2022. Sexuality after stroke: Exploring knowledge, attitudes, comfort and behaviours of rehabilitation professionals. *Annals of physical and rehabilitation medicine* [online]. **65**(2) [cit. 2024-01-25]. ISSN 1877-0657. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877065721000658?via%3Dihub>
- LUI, Siew Kwaon a Minh Ha NGUYEN, 2018. Elderly stroke rehabilitation: overcoming the complications and its associated challenges. *Current Gerontology and Geriatrics Research* [online]. 9853837 [cit. 2024-03-14]. ISSN 1687-7063. Dostupné z: <https://www.hindawi.com/journals/cggr/2018/9853837/>
- MACLEAN, Niall et al., 2000. Qualitative analysis of stroke patients' motivation for rehabilitation. *BMJ* [online]. **321**(7268), 1051–1054 [cit. 2024-03-14]. ISSN 1756-1833. Dostupné z: <https://www.bmj.com/content/321/7268/1051>
- MAHAK, Chandel et al., 2018. Assessment of utilization of rehabilitation services among stroke survivors. *Journal of Neurosciences in Rural Practice* [online]. **9**(4), 461–467 [cit. 2024-03-14]. ISSN 0976-3147. Dostupné z: https://doi.org/10.4103/jnnp.jnnp_25_18
- MALÁKOVÁ, Kateřina, 2022. A Geodemographic View of the Accessibility of Selected Outpatient Services in Czechia. *International Journal of Public Health* [online]. **67**, 160467 [cit. 2024-03-03]. ISSN 1661-8564. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604067>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR a ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY, 2016b. Číselník odborností. *Szv.mzcr.cz* [online]. © 2016 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://szv.mzcr.cz/Ciselnik/Odbornost?page=4>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2010. *Věstník MZ ČR 2/2010*. [online]. Praha: MZ ČR [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/3703/36342/Vestnik%20MZ%20CR%20202-2010.pdf>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2012. Druhy zdravotní péče. In: *Mzcr.cz* [online]. Poslední aktualizace 31. 10. 2012 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/druhy-zdravotni-pece/>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2023. Ústavní péče v oblasti zdravotnictví. In: *Portal.gov.cz* [online]. 23. 10. 2023 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/rozcestniky/ustavni-pece-v-oblasti-zdravotnictvi-RZC-128>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2024a. Zdravotní pojišťovny. In: *Mzcr.cz* [online]. 29. 1. 2018. Poslední aktualizace 19. 2. 2024 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/zdravotni-pojistovny-2/>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2024b. Veřejné zdravotní pojištění. In: *Nzip.cz* [online]. © 2024 [cit. 2024-04-10]. Dostupný z: <https://www.nzip.cz/clanek/619-verejne-zdravotni-pojisteni>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2024c. Dostupnost zdravotní péče. In: *Nzip.cz* [online]. © 2024 [cit. 2024-04-10]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/621-dostupnost-zdravotni-pece>

MÍKOVÁ, Vladislava a Alexandra KUČEROVÁ, 2023. Rozvoj rehabilitace v České republice. *Rehabilitační a fyzikální lékařství* [online]. **30**(1), 40–46 [cit. 2024-01-13]. ISSN 1211-2658. Dostupné z: <https://doi.org/10.48095/ccrhfl202340>

NATIONAL CENTER FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION, 2022. Division of Population Health. How Much Sleep Do I Need? In: *Cdc.gov* [online]. 14. 9. 2022 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: https://www.cdc.gov/sleep/about_sleep/how_much_sleep.html

NATIONAL CLINICAL GUIDELINE FOR THE STROKE UK AND IRELAND, 2022. Sex. In: *Strokeguideline.org* [online]. 22. 12. 2022 [cit. 2024-01-25]. Dostupné z: https://www.strokeguideline.org/chapter/organisation-of-stroke-services/?_gl=1*_1vxch2e*_up*MQ..*_ga*MTQ4NjY4MDEzMS4xNzAyMjMyNDI4*_ga_EE3BZMVLRT*MTcwMjIzMjQyNy4xLjEuMTcwMjIzNDQxMC4wLjAuMA..#99

NATIONAL CLINICAL GUIDELINE FOR THE STROKE UK AND IRELAND, 2023. Transfers of care from hospital to home – community stroke rehabilitation. In: *Strokeguideline.org* [online]. 2023 [cit. 2024-01-25]. Dostupné z: https://www.strokeguideline.org/chapter/organisation-of-stroke-services/?_gl=1*_1o45xj4*_up*MQ..*_ga*MTkxNjY3ODY0NC4xNzEzNzMxMTAw*_ga_EE3BZMVLRT*MTcxMzczMTA5OS4xLjAuMTcxMzczMTA5OS4wLjAuMA..#98

NATIONAL DRIVER LICENCE SERVICE, 2022. Stroke, Transient Ischeamic Attack (TIA) And Driving. *Ndls.ie* [online]. © 2022 [cit. 2024-01-25]. Dostupné z: [https://www.ndls.ie/images/Documents/Guidelines/10428_Stroke_and_Driving_DL_\(hi-res_screen\).pdf](https://www.ndls.ie/images/Documents/Guidelines/10428_Stroke_and_Driving_DL_(hi-res_screen).pdf)

NAVRÁTIL, Leoš et al., 2022. *Robotická rehabilitace*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0665-3.

NAZARET – STŘEDISKO HUSITSKÉ DIAKONIE, 2023. Ceník (Centrum denních služeb). In: *Nazaret.cz* [online]. 1. 10. 2023 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://www.nazaret.cz/files/1095-cenik-sluzeb-cds.pdf>

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2024a. Civilizační onemocnění. *Nzip.cz* [online]. © 2024 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/3021>

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2024b. Ambulantní specialista. *Nzip.cz* [online]. © 2024 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/991>

NEURON MEDICAL CENTRUM, 2024. Komplexní neurorehabilitační péče pod jednou střechou. *Neurocentrum.cz* [online]. © 2024 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://neuroncentrum.cz/neurorehabilitace/>

NEUROREHABILITAČNÍ KLINIKA AXON, 2023. Naše kliniky. *Neuroaxon.cz* [online]. © 2023 [cit. 2024-01-25]. Dostupné z: <https://www.neuroaxon.cz/nase-kliniky>

NINNIS, Kayla et al., 2018. Information and communication technology use within occupational therapy home assessments: A scoping review. *British Journal of Occupational Therapy* [online]. **82**(3), 141–152 [cit. 2024-01-27]. ISSN 0308-0226. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0308022618786928>

NOÉ, Enrique et al., 2024. Guidelines: basic principles of neurorehabilitation for patients with acquired brain injury. Recommendations of the Spanish Society of Neurorehabilitation. *Neurología (English Edition)* [online]. **39**(3), 261–281 [cit. 2024-01-25]. ISSN 2173-5808. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2023.04.002>

OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN A STAVEBNICTVÍ, 2009. *Poukaz na vyšetření/ošetření FT* [online]. Praha: OZP [cit. 2024-02-12]. Dostupné z: <https://www.ozp.cz/web/files-c/823/tiskopisy-vyuctovani-vzp-06ft-poukaz-na-vysetreni-osetreni-ft-verze-a4.pdf>

OECD, 2021. *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. ISBN 978-92-64-48091-9.

PAKER, Nurdan et al., 2016. Functional recovery in stroke patients with and without diabetes mellitus. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* [online]. **62**(3), 201–205 [cit. 2024-02-02]. ISSN 2587-0823. Dostupné z: <https://doi.org/10.5606/tftrd.2016.33682>

PAV, Jan, 2022. Asynchronní komunikace. In: *Workflow by Honza Pav* [online]. 9. 7. 2022 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://workflow.ooo/pojem/asynchronni-komunikace/>

PERGOLOTTI, Mackenzi et al., 2018. Therapy Caps and Variation in Cost of Outpatient Occupational Therapy by Provider, Insurance Status, and Geographic Region. *The American Journal of Occupational Therapy* [online]. **72**(2) [cit. 2023-06-13]. ISSN 0272-9490. Dostupné z: <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.023796>

PERNA, Robert a Jessica TEMPLE, 2015. Rehabilitation outcomes: ischemic versus hemorrhagic strokes. *Behavioural Neurology* [online]. 891651 [cit. 2023-06-13]. ISSN 0953-4180. Dostupné z: <https://doi.org/10.1155/2015/891651>

PERRYMAN-FOX, Michelle a Diane COX, 2020. Occupational Therapy in the United Kingdom: Past, Present, and Future. *Annals of International Occupational Therapy* [online]. **3**(3), 144–151 [cit. 2023-07-16]. ISSN 2476-1222. Dostupné z: <https://journals.healio.com/doi/epdf/10.3928/24761222-20200309-03>

PETERS, Sanne A. E. et al., 2020. Sex differences in the association between major risk factors and the risk of stroke in the UK Biobank cohort study. *Neurology* [online]. **95**(20), e2715–e2726 [cit. 2023-07-16]. ISSN 1526-632X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000010982>

PĚTIOKÝ, Jakub et al., 2019. Garance logopedické a psychologické péče v komplexní neurorehabilitační péči u pacientů po získaném poškození mozku – kranioprogram. *Listy klinické logopedie* [online]. **3**(2), 41–44 [cit. 2024-01-27]. ISSN. 2570-6179. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/listy-klinicke-logopedie/2019-2-32/garance-logopedicke-a-psychologicke-pecce-v-komplexni-neurorehabilitacni-peci-u-pacientu-se-ziskanym-poskozenim-mozku-kranioprogram-125565>

PĚTIOKÝ, Jakub, 2020. Telerehabilitace a distanční terapie: budoucnost nebo současnost? *Magazín Paraple* [online]. Praha: Centrum Paraple [cit. 2023-08-08]. ISSN 2570-8198. Dostupné z: <https://www.artak.cz/wp-content/uploads/2021/02/telerehabilitace-distancni-terapie-magazin.pdf>

PĚTIOKÝ, Jakub, Kristýna HOIDEKROVÁ a Marcela GRÜNEROVÁ-LIPPERTOVÁ, 2022. Digitalizace a telehealth–telemedicína v rehabilitaci v českém prostředí. *Vnitřní lékařství* [online]. **68**(3), 166–171 [cit. 2024-01-27]. ISSN 1801-7592. Dostupné z: https://www.artak.cz/wp-content/uploads/2022/05/Digitalizace-zdravotnictvi-a-Telerehabilitace_Vnitrrni-lekarstvi_2022.pdf

PFEIFFER, Camila a Liliana SABE, 2015. Music therapy and cognitive rehabilitation: Screening of music cognition in adult patients with right hemisphere stroke. *Psychomusicology: Music, Mind, and Brain* [online]. **25**(4), 392–403 [cit. 2024-01-15]. ISSN 0275-3987. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/pmu0000123>

PINDUS, Dominika M. et al., 2018. Stroke survivors' and informal caregivers' experiences of primary care and community healthcare services—a systematic review and meta-ethnography. *PloS One* [online]. **13**(2), e0192533 [cit. 2024-01-15]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192533>

PLATZ, Thomas, 2021. *Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation* [online]. E-book. Springer International Publishing [cit. 2024-01-15]. ISBN 978-3-030-58504-4. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-58505-1>

PRAJZNEROVÁ, Jana, 2018. Služby pro seniory v domácím prostředí. In: *Peceosverodice.cz* [online]. 11. 2. 2018 [cit. 2024-01-25]. Dostupné z: <https://peceosverodice.cz/sluzby-pro-seniory-v-domacim-prostredi/>

PROSPERINI, Luca et al., 2015. Functional and structural brain plasticity enhanced by motor and cognitive rehabilitation in multiple sclerosis. *Neural plasticity* [online]. 481574, 1–12 [cit. 2024-01-26]. ISSN 1687-5443. Dostupné z: <https://doi.org/10.1155/2015/481574>

PRUKNER, Vítězslav, 2014. *Manažerské dovednosti* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci [cit. 2024-01-26]. ISBN 978-80-244-4329-4. Dostupné z: <https://publi.cz/books/114/08.html>

QUEENSLAND GOVERNMENT, 2022. Queensland Health: What is Acquired Brain Injury (ABI). *Health.qld.gov.au* [online]. Poslední aktualizace 12. 6. 2022 [cit. 2022-12-28]. Dostupné z: https://www.health.qld.gov.au/abios/asp/what_is_abi

RANDLOVÁ, Nataša, 2023a. *Poranění mozku, a co dál?* [online]. 2. vyd. Praha: CEREBRUM [cit. 2024-01-25]. ISBN 978-80-909167-1-5. Dostupné z: https://cerebrum2007.cz/wp-content/uploads/Brozura_-Poraneni-mozku-a-co-dal_revize-2023.pdf

RANDLOVÁ, Nataša, 2023b. *Poruchy vědomí po poranění mozku: jak můžete pomoci?* [online]. Praha: CEREBRUM. [cit. 2024-01-25]. ISBN 978-80-904357-9-7. Dostupné z: <https://cerebrum2007.cz/wp-content/uploads/Poruchy-vedomi-po-poraneni-mozku-web-final-verze-03.pdf>

Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: včetně nácviku soběstačnosti: průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky, 2004. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0592-3.

REHABILITAČNÍ ÚSTAV HRABYNĚ A CHUCHELNÁ, 2024. Kranioprogram. *Ruhrabyne.cz* [online]. © 2024 [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: <http://www.ruhrabyne.cz/kranioprogram/>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV KLADRUBY, 2020. Roční zpráva za rok 2020. In: *Rehabilitace.cz* [online]. Poslední aktualizace 24. 4. 2024 [cit. 2024-04-25]. Dostupné z: <https://www.rehabilitace.cz/o-nas/vyrocnizpravy/>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV KLADRUBY, 2021. Roční zpráva za rok 2021. In: *Rehabilitace.cz* [online]. Poslední aktualizace 24. 4. 2024 [cit. 2024-04-25]. Dostupné z: <https://www.rehabilitace.cz/o-nas/vyrocnizpravy/>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV KLADRUBY, 2022. Roční zpráva za rok 2023. In: *Rehabilitace.cz* [online]. Poslední aktualizace 24. 4. 2024 [cit. 2024-04-25]. Dostupné z: <https://www.rehabilitace.cz/o-nas/vyrocní-zpravy/>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV KLADRUBY, 2024. Kranioprogram. In: *Rehabilitace.cz* [online]. Poslední aktualizace 26. 1. 2024 [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: <https://www.rehabilitace.cz/poskytovana-pece/kranioprogram/>

REHAMZA, 2015. Úvod. *Rehamza.cz* [online]. © 2015 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://www.rehamza.cz/>

RICE, Danielle et al., 2016. Comprehensive outpatient rehabilitation program: hospital-based stroke outpatient rehabilitation. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* [online]. **25**(5), 1158–1164 [cit. 2023-08-08]. ISSN 1532-8511. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.02.007>.

ROBINSON, Robert G. a Ricardo E. JORGE, 2016. Post-stroke depression: a review. *American Journal of Psychiatry* [online]. **173**(3), 221–231 [cit. 2023-08-09]. ISSN 1535-7228. Dostupné z: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15030363>

RODOVÁ, Zuzana et al., 2021. Profil profese ergoterapie v České republice. *Rehabilitace a fyzikální lékařství* [online]. **28**(3), 132–138 [cit. 2024-04-10]. ISSN 1211-2658. Dostupné z: <https://doi.org/10.48095/ccrhfl2021132>

ROHLENOVÁ, Eva, Olga ŠVESTKOVÁ a Kateřina ČIHAŘOVÁ, 2017. Uplatnění ergoterapeuta při hodnocení domácího prostředí pacientů. In: *Florence.cz* [online]. 4. 12. 2017 [cit. 2023-08-09]. ISSN 2570-4915. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/12/uplatneni-ergoterapeuta-pri-hodnoceni-domaciho-prostredi-pacientu/>

ROST, Natalia et al., 2022. Post-stroke cognitive impairment and dementia. *Circulation Research* [online]. **130**(8), 1252–1271 [cit. 2024-04-10]. ISSN 1524-4571. Dostupné z: <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.122.319951>

ROUBÍČKOVÁ, Jaroslava et al., 2011. *Test 3F: dysartrický profil*. 3., dopl. a přeprac. vyd, Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-714-1.

ROYAL DUTCH SOCIETY FOR PHYSICAL THERAPY, 2014. *KNGF Guideline on Stroke* [online]. Amsterdam: Royal Dutch Society for Physical Therapy [cit. 2023-07-25]. ISSN 1567-6137. Dostupné z: https://www.dsnr.nl/wp-content/uploads/2012/03/stroke_practice_guidelines_2014.pdf

RŮŽIČKA, Evžen, 2021. *Neurologie*. 2., rozš. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-908-3.

ŘEHÁČKOVÁ, Lenka, 2024. Chíkvadrát test nezávislosti. In: *Statistickyneklasicky.cz* [online]. 14. 2. 2024 [cit. 2024-03-17]. Dostupné z: <https://www.statistickyneklasicky.cz/chi-kvadrat-test-nezavislosti/>

SAREMA, 2023. Intenzivní neurorehabilitace. *Sarema.cz* [online]. © 2023 [cit. 2024-01-25]. Dostupné z: <https://www.sarema.cz/sluzby/neurorehabilitace/#tab-id-1>

SARFO, Fred S. et al., 2018. Tele-Rehabilitation after Stroke: An Updated Systematic Review of the Literature. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* [online]. **27**(9), 2306–2318 [cit. 2023-08-20]. ISSN 10523057. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.05.013>

SCRUTINIO, Domenico et al., 2020. Sex differences in long-term mortality and functional outcome after rehabilitation in patients with severe stroke. *Frontiers in Neurology* [online]. **11**(84) [cit. 2024-01-27]. ISSN 1664-2295. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.00084>

SDRUŽENÍ CMP, 2024. Co děláme. *Sdruzenicmp.cz* [online]. © 2024 [cit. 2024-02-12]. Dostupné z: https://sdruzenicmp.cz/co-delame?fbclid=IwAR31XjOP0ILLMtv78kCjMUjuQlv_ThsYbmks4fPPnfzcoR-9J1GIV2IhqRI

SEDLÁROVÁ, Katarína, 2023. Když se řekne case management In: *Neztratitsevestari.cz* [online]. 2. 5. 2023 [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: https://www.neztratitsevestari.cz/aktuality/kdyz-se-rekne-case-management/#_ftnref1

SEXTON, Eithne et al., 2019. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of cognitive impairment no dementia in the first year post-stroke. *European Stroke Journal* [online]. **4**(2), 160–171 [cit. 2024-01-27]. ISSN 2396-9873. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/2396987318825484>

SIM, Sharon, Christopher J BARR a Stacey GEORGE, 2014. Comparison of equipment prescriptions in the toilet/bathroom by occupational therapists using home visits and digital photos, for patients in rehabilitation. *Australian Occupational Therapy Journal* [online]. **62**(2), 132–140 [cit. 2024-01-27]. ISSN 1440-1630. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12121>

SOCIÁLNÍ SLUŽBY V ÚSTECKÉM KRAJI, 2024. Centrum denních služeb. *Socialnisluzby.kr-ustecky.cz* [online]. © 2024 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://socialnisluzby.kr-ustecky.cz/socialni-sluzby/centrum-dennich-sluzeb-108/>

SÖDERSTRÖM, Anu a Lisa WEITZLMAIR, 2023. Summary of Occupational Therapy Profession in Europe. COTEC. In: *Coteceurope.eu* [online]. © 2023 [cit. 2023-08-08]. Dostupné z: <https://www.coteceurope.eu/wp-content/uploads/2023/06/Summary-of-the-Profession-2023.pdf>

SPINAL CORD, 2020. Types of Acquired Brain Injury. In: *Spinalcord.com* [online]. 3. 3. 2020 [cit. 2023-12-28]. Dostupné z: <https://www.spinalcord.com/types-of-acquired-brain-injury>

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV a ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2024. COVID-19: úvod, inkubační doba, původce a sezónnost onemocnění. In: *Nzip.cz* [online]. 3. 3. 2024 [cit. 2024-03-12]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/447-covid-19-zakladni-informace>

STIEKEMA, Annemarie P. M. et al., 2020a. Case management after acquired brain injury compared to care as usual: study protocol for a 2-year pragmatic randomized controlled superiority trial with two parallel groups. *Trials* [online]. **21**(928), 1–16 [cit. 2024-01-27]. ISSN 1745-6215. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04804-2>

STIEKEMA, Annemarie P. M. et al., 2020b. Finding a new balance in life: a qualitative study on perceived long-term needs of people with acquired brain injury and partners. *Brain Injury* [online]. **34**(3), 421–429 [cit. 2024-01-27]. ISSN 0269-9052. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/02699052.2020.1725125>

STRNADOVÁ, Alice et al., 2020. *Koncepce domácí péče* [online]. Praha: MZ ČR [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/10/Koncepce_DP_po_II_VPR_final.pdf

STROKE FOUNDATION, 2020. *National Stroke Audit – Rehabilitation Services Report 2020* [online]. Melbourne: Stroke Foundation [cit. 2024-01-25]. ISBN 978-09805933-6-5. Dostupné z: https://informme.org.au/media/drtlcbvp/rehab_strokeservicesreport_2020.pdf

STROKE ASSOCIATION, 2022a. Driving after a stroke. *Stroke.org.uk* [online]. © 2022 [cit. 2024-01-25]. Dostupné z: <https://www.stroke.org.uk/life-after-stroke/driving>

STROKE ASSOCIATION, 2022b. Ischemic stroke. *Stroke.org.uk* [online]. © 2022 [cit. 2024-01-25]. Dostupné z: <https://www.stroke.org.uk/what-is-stroke/types-of-stroke/ischaemic-stroke>

STROKE ASSOCIATION, 2022c. How to stay motivated. *Stroke.org.uk* [online]. © 2022 [cit. 2024-01-25]. Dostupné z: <https://www.stroke.org.uk/life-after-stroke/how-to-stay-motivated>

STROKE FOUNDATION, 2023a. Australian and New Zealand Living Clinical Guidelines for Stroke Management - Chapter 7 of 8: Discharge planning and transfer of care In: *Magicapp.org* [online]. © 2023 [cit. 2024-01-25]. Dostupné z: <https://app.magicapp.org/#/guideline/VLpK8j>

STROKE FOUNDATION, 2023b. Australian and New Zealand Living Clinical Guidelines for Stroke Management - Chapter 5 of 8: Rehabilitation. In: *Magicapp.org* [online]. © 2023 [cit. 2024-01-25]. Dostupné z: <https://app.magicapp.org/#/guideline/Kj2R8j/section/nJ0pQj>

STROKE FOUNDATION, 2023c. Australian and New Zealand Living Clinical Guidelines for Stroke Management - Chapter 8 of 8: Community participation and long-term care. In: *Magicapp.org* [online]. © 2023 [cit. 2024-01-25]. Dostupné z: <https://app.magicapp.org/#/guideline/6nYJxE>

SUNNERHAGEN, Katharina Stribrant, Arve OPHEIM a Margit Alt MURPHY, 2019. Onset, time course and prediction of spasticity after stroke or traumatic brain injury. *Annals of physical and rehabilitation medicine* [online]. **62**(6), 431–434 [cit. 2023-08-08]. ISSN 1877-0657. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2018.04.004>.

SVOBODA, David et al., 2010. *Case management v programech Amalthea o.s.* [online]. Praha: Amalthea [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: https://www.knihovnanrp.cz/wp-content/uploads/2017/01/Amalthea_Case-management.pdf

ŠÍMOVÁ, Michaela, 2023. Kdo je case manager a proč ho česká společnost potřebuje? In: *Neztratitsevestari.cz* [online]. 4. 9. 2023 [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: <https://www.neztratitsevestari.cz/aktuality/kdo-je-case-manazer-a-proc-ho-ceska-spolecnost-potrebuje/>

ŠTĚTKÁŘOVÁ, Ivana, 2013. Mechanizmy spasticity a její hodnocení. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. **109**(3), 267–280 [cit. 2023-07-06]. ISSN 1802-4041. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2013-3-9/mechanizmy-spasticity-a-jeji-hodnoceni-40575>

ŠVESTKOVÁ, Olga, 2015. Ergoterapie. *Rehabilitace a Fyzikální lékařství*. [online]. **22**(1), 38–44 [cit. 2024-03-14]. ISSN 1211-2658. Dostupné z: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=5bed013e-3099-4972-a9a8-733e932e6708%40redis>

TEASELL, Robert et al., 2020. Canadian Stroke Best Practice Recommendations 6th Edition Update 2019: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part One 6th Edition Update 2019. *International Journal of Stroke* [online]. **15**(7), 763–788 [cit. 2022-12-10]. ISSN 1747-4930. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1747493019897843>

THRIFT, Amanda et al., 2017. Global stroke statistics. *International Journal of Stroke* [online]. **12**(1), 13–32 [cit. 2022-12-28]. ISSN 1747-4930. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1747493016676285>

TLAPÁKOVÁ, Jana, 2022. Co chybí lidem s poškozením mozku? Hlavně dostupnost dlouhodobé interprofesní rehabilitace!. In: *Medical Tribune* [online]. 20. 5. 2022 [cit. 2024-01-27]. ISSN 1214-8911. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/co-chybi-lidem-s-poskozenim-mozku-hlavne-dostupnost-dlouhodobu-interprofesni-rehabilitace/>

UNIVERZITA KARLOVA, 2024. Detail programu/oboru Ergoterapie pro dospělé (0915TA360003). *Cuni.cz* [online]. © 2024 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: https://is.cuni.cz/studium/prijimacky/index.php?do=detail_obor&id_obor=29975

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2021. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2019* [online]. Praha: ÚZIS [cit. 2022-03-26]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008357/hospit2019.pdf>

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE, 2024. Ambulance, odborné poradny ORFM. *Uvn.cz* [online]. © 2024 [cit. 2024-04-10]. Dostupné z: <https://www.uvn.cz/cs/ambulance-a-odborne-poradny-orfm>

VANÁSKOVÁ, Eva, 2004. *Testování v rehabilitační praxi - cévní mozkové příhody*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-398-8

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE, 2019. Klinika rehabilitačního lékařství. *Vfn.cz* [online]. © 2019 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://www.vfn.cz/pacienti/kliniky-ustavy/klinika-rehabilitacniho-lekarstvi/specializovana-centra/>

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY, 2023a. Procedury hrazené zdravotní pojišťovnou v rámci rehabilitace. In: *Vzp.cz* [online]. 13. 3. 2023 [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/procedury-hrazene-zdravotni-pojistovnou-v-ramci-rehabilitace>

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY, 2023b. Úhrada rehabilitačních procedur. In: *Vzp.cz* [online]. 13. 3. 2023 [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/uhrada-rehabilitacnich-procedur>

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY, 2023c. Smluvní odbornosti pracovišť. In: *Vzp.cz* [online]. © 2023 [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/smluvni-odbornosti-pracovist>

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY, 2024a. *Metodika pro pořizování a předávání dokladů: s účinností od 1. 1. 2024* [online]. Praha: Ústředí Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: <https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/vyuctovani/metodika-pro-porizovani-a-predavani-dokladu-k-1.1.2024.pdf>

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY, 2024b. Zdravotní pojišťovny. In: *Vzp.cz* [online]. © 2024 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/zdravotni-pojistovny>

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY, 2024c. Všeobecná preventivní prohlídka. In: *Vzp.cz* [online]. © 2024 [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/prevence/preventivni-prohlidky/vseobecna-preventivni-prohlidka>

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY, 2024d. Účast/neúčast na zdravotním pojištění. In: *Vzp.cz* [online]. © 2024d [cit. 2024-04-12]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/1-2-ucel-zdravotniho-pojisteni>

WFOT. List of Member Organisations. *Wfot.cz* [online]. © 2023 [cit. 2023-08-20]. Dostupné z: <https://wfot.org/membership/organisational-membership/list-of-wfot-member-organisations>

WHITEHEAD, Sarah a Ed BAALBERGEN, 2019. Post-stroke rehabilitation. *South African Medical Journal* [online]. **109**(2), 81–83 [cit. 2023-07-10]. ISSN 2078-5135. Dostupné z: <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2019.V109I2.00011>

WINSTEIN, Carolee J. et al., 2016. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. *Stroke* [online]. **47**(6), 98–169 [cit. 2022-12-10]. ISSN 0039-2499. Dostupné z: <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020. Archived: WHO Timeline – COVID-19 In: *Who.int* [online]. 27. 4. 2020 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022. Ageing and health. In: *Who.int* [online]. 1. 10. 2022 [cit. 2024-03-25]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023. Rehabilitation. In: *Who.int* [online]. 30. 1. 2023 [cit. 2024-01-25]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024a. Diabetes. *Who.int* [online]. © 2024 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024b. Disability [online]. © 2024. [cit. 2024-01-25]. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1

WORLD PHYSIOTHERAPY, 2021. Annual Membership Census 2020: Global Report. In: *World.physio* [online]. © 2023 [cit. 2023-08-20]. Dostupné z: https://world.physio/sites/default/files/2021-02/AMC2020-Global_0.pdf

YANG, Jenny, 2023. Physiotherapists: number of employees in Czechia 2001-2020. In: *Statista.com* [online]. 30. 11. 2023 [cit. 2023-08-08] Dostupné z: <https://www.statista.com/statistics/550680/physiotherapists-employment-in-czech-republic/>

YEH, Huan-Jui et al., 2022. Long-term rehabilitation utilization pattern among stroke patients under the National Health Insurance program. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* [online]. **101**(2), 129–134 [cit. 2024-03-14]. ISSN 1537-7385. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001747>

ZHOU, Lue et al., 2020. Sleep duration, midday napping, and sleep quality and incident stroke: the Dongfeng-Tongji cohort. *Neurology* [online]. **94**(4), e345–e356 [cit. 2024-01-25]. ISSN 1526-632X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000008739>

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADL	Všední denní činnosti / <i>Activities of Daily Living</i>
ARO	Aneziologicko resuscitačním oddělení
ARTAK	České asociace robotiky, telemedicíny a kybernetiky
CMP	Cévní mozkovou příhodu
ČAE	Česká asociace ergoterapeutů
ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
ČR	Česká republika
hCMP	Hemoragická cévní mozková příhoda
iADL	Instrumentální všední denní činnosti / <i>Instrumental Activities of Daily Living</i>
IC	Iktové centrum
iCMP	Ischemická cévní mozková příhoda
JIP	Jednotce intenzivní péče
KCC	Komplexní cerebrovaskulární centrum
KF-NAF	Hodnocení prostorového neglektu – Český manuál / <i>Kessler Foundation Neglect Assessment Process</i>
LHK	Levá horní končetina
m	Minuta
MASTcz	<i>The Mississippi Aphasia Screening Test</i> – česká verze
MHD	Městská hromadná doprava
MMSE	<i>Mini Mental State Examination</i>
MoCa	Montrealský kognitivní test / <i>Montreal Cognitive Assessment</i>
OECD	<i>Organisation for Economic Cooperation and Development</i>
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
pADL	Personální všední denní činnosti / <i>Personal Activities of Daily Living</i>
PHK	Pravá horní končetina
RHB	Rehabilitace/rehabilitační
RBP	Revírská bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna
RÚ	Rehabilitační ústav
s	Sekunda
SD	Směrodatná odchylka
TBI	Traumatické poškození mozku, Kraniotrauma / <i>Traumatic brain injury</i>
USA	Spojené státy americké / <i>United States of America</i>

ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice v Praze
VoZP	Vojenská zdravotní pojišťovna
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
WFOT	Světová federace ergoterapeutů / <i>World Federation of Occupational Therapists</i>
WHO	Světová zdravotnická organizace / <i>World Health Organization</i>
ZPMVČR	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra
ZPŠ	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 2.5.5.1 Ukázka vyplněného poukazu na ambulantní ergoterapii u pacienta po získaném poškození mozku (vlastní zpracování).....	21
Obrázek 3.2.6.1 Vývojový diagram respondentů do diplomové práce (vlastní zpracování)..	38

SEZNAM TABULEK

Tabulka 2.5.5.1 Seznam ergoterapeutických kódů hrazených pojišťovnou (vlastní zpracování)	20
Tabulka 3.2.3.1 Indikační a kontraindikační kritéria při výběru do studie (vlastní zpracování)	33
Tabulka 3.2.4.1 Demografická charakteristika výzkumného vzorku (vlastní zpracování)	34
Tabulka 3.2.8.1 Kritéria pro seznam smluvních poskytovatelů zdravotních služeb pro ambulantní ergoterapii (vlastní zpracování)	40
Tabulka 3.3.1.1 Kontingenční tabulka (vlastní zpracování)	42
Tabulka 3.3.1.2 Chí-kvadrát test nezávislosti (vlastní zpracování)	43
Tabulka 3.3.1.3 Přehled získaných dat k otázce č. 24b (vlastní zpracování)	44
Tabulka 3.3.1.4 H2 a Chí-kvadrát test dobré shody (vlastní zpracování).....	45
Tabulka 3.3.1.5 Charakteristika věku respondentů (vlastní zpracování).....	46
Tabulka 3.3.1.6 Kontingenční tabulka H3 (vlastní zpracování)	46
Tabulka 3.3.1.7 H3 a Chí-kvadrát test nezávislosti (vlastní zpracování)	46

SEZNAM GRAFŮ

Graf 3.2.4.1 Distribuce respondentů v jednotlivých v krajích (vlastní zpracování).....	35
Graf 3.3.1.1 Možnost oslovení pojišťovny o seznam smluvních poskytovatelů zdravotních služeb (vlastní zpracování).....	43
Graf 3.3.2.1 Návrh ambulantní rehabilitační péče ze závěrečných zpráv od jednotlivých odborností (vlastní zpracování).....	47
Graf 3.3.2.2 Respondenti docházející na ambulantní péči vs. ambulantní rehabilitační péči (vlastní zpracování).....	48
Graf 3.3.2.3 Přehled docházky na ambulantní péči vs. ambulantní rehabilitační péči (vlastní zpracování).....	48
Graf 3.3.2.4 Způsob dopravy na ambulantní rehabilitační péči (vlastní zpracování)	49
Graf 3.3.2.5 Doporučení aplikace botulotoxinu na horní končetinu (vlastní zpracování)	50
Graf 3.3.2.6 Návštěva spastické poradny (vlastní zpracování)	50
Graf 3.3.2.7 Vystavení žádanky na ambulantní rehabilitační péči (vlastní zpracování).....	52
Graf 3.3.2.8 Informovanost o ambulantní ergoterapii (vlastní zpracování).....	53
Graf 3.3.3.1 Aktuální počet ambulantních rehabilitačních zařízení se smluvními poskytovateli zdravotních služeb k září 2023 (vlastní zpracování).....	54
Graf 3.3.3.2 Aktuální počet ergoterapeutických ambulantních zařízení pro dospělé se smluvními poskytovateli zdravotních služeb k září 2023 (vlastní zpracování).....	55
Graf 3.3.3.3 Aktuální počet ergoterapeutických ambulantních zařízení pro dospělé se smluvními poskytovateli zdravotních služeb v jednotlivých krajích k září 2023 (vlastní zpracování).....	56

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Informovaný souhlas (vlastní zpracování)	100
Příloha 2 Mini Mental State Examination (Vaňásková, 2004)	102
Příloha 3 The Mississippi Aphasia Screening Testu – česká verze (MASTcz) (FN Brno; https://www.fnbrno.cz/areal-bohunice/neurologicka-klinika/screening-afazie-mastcz/t3305)	103
Příloha 4 3F (Roubíčková et al., 2011)	105
Příloha 5 Dotazníkové šetření (vlastní zpracování)	106
Příloha 6 Vyhodnocení zbylých otázek z dotazníkového šetření (vlastní zpracování).....	117
Příloha 7 Vyjádření Etické komise v RÚ Kladruby (Kladruby, 2023).....	130
Příloha 8 Seznam ergoterapeutických ambulancí pro dospělé se smluvními poskytovateli zdravotních služeb v ČR (vlastní zpracování).....	131

Příloha 1 Informovaný souhlas (vlastní zpracování)



REHABILITAČNÍ ÚSTAV KLADRUBY
KLADRUBY 30
257 62 KLADRUBY U VLAŠIMI

ŽÁDOST O INFORMOVANÝ SOUHLAS

v souladu se Všeobecnou deklarací lidských práv, zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a dalšími obecně závaznými právními předpisy (jakož jsou zejména Helsinská deklarace, přijatá 18. Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1964 ve znění pozdějších změn (Fortaleza, Brazílie, 2013); Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zejména ustanovení § 28 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb.) a Úmluva o lidských právech a biomedicíně č. 96/2001, jsou-li aplikovatelné), Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci diplomové práce s názvem Dostupnost ergoterapeutické péče po ukončení ústavní hospitalizace u pacientů po získaném poškození mozku prováděné v Rehabilitačním ústavu Kladruby.

Jméno a příjmení předkladatele projektu/žadatele: Bc. Barbora Novotná Podpis:

Jméno a příjmení hlavního řešitele a spoluřešitelů: Bc. Barbora Novotná

Jméno a příjmení osoby, která provedla poučení: Podpis:.....

(Uveďte pouze v případě, jste-li s potenciálním účastníkem výzkumu v závislém postavení a poučení provádí jiná příslušně kvalifikovaná osoba než předkladatel projektu.)

Prohlašuji a potvrzuji, že **SOUHLASÍM – NESOUHLASÍM** * s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl(a) možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal(a) jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Beru na vědomí, že správce údajů zpracovává osobní údaje účastníka nebo i jeho zákonného zástupce za účelem plnění předmětné žádosti, v souladu s nařízením Evropského parlamentu č. 2016/679, ve znění pozdějších předpisů. Osobní údaje budou správcem údajů zpracovávány pouze v rozsahu nutném pro naplnění výše uvedených účelů a pouze po dobu nutnou pro dosažení výše uvedených účelů, nejdéle však po dobu stanovenou příslušnými právními předpisy a v souladu s nimi. RÚ Kladruby je správcem ve smyslu ustanovení platných právních předpisů. K osobním údajům mají přístup pouze správce a osoby, které jsou ve vztahu k němu v pracovně – právním poměru.

Správce může zpřístupnit osobní údaje subjektu údajů třetím osobám pouze v případech, kdy mu to bude ukládat nebo umožňovat zákon, jinak jen výlučně se souhlasem subjektu údajů. Každý subjekt údajů má právo na přístup k osobním údajům a právo na opravu osobních údajů. Každý subjekt údajů, který zjistí nebo se domnívá, že správce nebo zpracovatel provádí zpracování jeho osobních údajů, které je v rozporu s ochranou soukromého a osobního života subjektu údajů nebo v rozporu se zákonem, zejména jsou-li osobní údaje nepřesné s ohledem na účel jejich zpracování, může:

- požádat správce nebo zpracovatele o vysvětlení
- požadovat, aby správce nebo zpracovatel odstranil takto vzniklý stav. Zejména se může jednat o blokování, provedení opravy, doplnění nebo likvidaci osobních údajů. Je-li žádost subjektu údajů shledána oprávněnou, správce nebo zpracovatel odstraní neprodleně závadný stav,
- svůj souhlas ve smyslu ustanovení čl. 13, odst. 2., písm. c) kdykoli odvolat,
- ve smyslu ustanovení čl. 13, odst. 2., písm. d) podat stížnost u dozorového úřadu.

Místo, datum

Jméno a příjmení účastníka Podpis:

Jméno a příjmení zákonného zástupce *(Uvedte pouze, je-li to nutné)*

Vztah zákonného zástupce k účastníkovi Podpis:

Email Telefonní číslo.....

1. Cílem práce je zhodnocení dostupnosti ergoterapeutické péče po ukončení ústavní hospitalizace v rehabilitačním ústavu v Kladruzech u pacientů po získaném poškození mozku.
2. Dotazníkové šetření bude vyplňováno pomocí telefonního hovoru s pacientem po získaném poškození mozku, 30 dní po ukončení ústavní hospitalizace v RÚ Kladruby. V případě afázie či kognitivní dysfunkce bude po předešlém souhlasu kontaktována blízká osoba pacienta po získaném poškození mozku z důvodu získání adekvátní odpovědi do dotazníkové šetření.
3. Jedná se o neinvazivní metodu pomocí dotazníkového šetření po telefonickém hovoru. Po ergoterapeutické intervenci bude pacientovi nabídnuta spoluúčasť v dotazníkovém šetření. Žadatel projektu nebo osoba, která provádí ponaučení vysvětlí respondentovi, co je od něj očekáváno, jaký je cíl práce a odpoví mu na dodatečné otázky. Sběr dat bude probíhat pomocí telefonního hovoru s pacientem po získaném poškození mozku, 30 dní po ukončení ústavní hospitalizace v RÚ Kladruby. V případě afázie či kognitivní dysfunkce bude po předešlém souhlasu kontaktována blízká osoba pacienta po získaném poškození mozku z důvodu získání adekvátní odpovědi do dotazníkové šetření. Všichni pacienti nebo jejich zástupci podepíší informovaný souhlas, který je schválen etickou komisí v RÚ Kladruby. Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, a to každý s platností originálu. Jeden obdrží žadatel projektu a druhý respondent. V práci budou zveřejňovány anonymně osobní údaje týkající se těchto oblastí: pohlaví, věk, kraj, kde pacient bydlí, v jakém městě bydlí, jaká je pacientova diagnóza a datum vzniku, typ hemiparézy, vzdělání, kognitivní deficit, fatické obtíže (typ afázie), sdílení domácnosti, oblast týkající se docházení na ambulantní terapie k jednotlivým specialistům se zaměřením zejména na ergoterapii a fyzioterapii, popřípadě náplň terapií, transport na terapie, vystavení žádanky, oblast zaměřující se na kompenzační pomůcky a oblast zabývající se aplikací botulotoxinu.
4. Uskutečnil by se pouze 1 telefonní hovor v délce cca 20 minut a to 30 dní po ukončení ústavní hospitalizace v RÚ Kladruby. Nadále 5 dní před telefonním hovorem Vám na email přijde dotazník, na který budete odpovídat skrz telefonický hovor. Na zasláný dotazník neodpovídejte a nemusíte ho vyplňovat, jelikož tento způsob má respondenta připravit na otázky, které mu budou kladeny během telefonního hovoru. Dotazník Vám bude zaslán na email dne (doplňte datum).....a telefonický hovor by se uskutečnil v odpoledních hodinách dne (doplňte datum).....
5. Nevyplyývají žádná možná rizika při provádění výzkumného projektu.
6. Účastník bude seznámen s postupem hovoru a bude o všem informován.
7. Předpokládá se, že ve větších městech bude dostupnost ambulantní péče snadnější než v oblastech rurálních.
8. Odměna není žádná.
9. Výsledky budou publikovány v diplomové práci s názvem Dostupnost ergoterapeutické péče po ukončení ústavní hospitalizace u pacientů po získaném poškození mozku na 1. LF UK v Praze. Ke zpracování bude využit vyplněný dotazník s anonymně zakódovanými osobními údaji (viz. podrobnosti v bodě č. 3).
10. Diplomová práce bude k nalezení na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze nebo popřípadě online na stránkách dspace.cuni.cz.

* nehodící se škrtněte

Příloha 2 Mini Mental State Examination (Vaňásková, 2004)

PROTOKOL
Hodnocení psychického stavu
(Mini-Mental State Examination - MMSE)

Orientace
 Který je rok? Který je měsíc? Jaky je dnes den v týdnu?
 (Za každou správnou odpověď je jeden bod.)

Skutečná / Max body / počet bodů —/5

Ve kterém zemi se nacházíme? V kterém jsme kraji? Nacházíme? Na jakém jsme oddělení? (Za každou správnou odpověď je jeden bod.)

Schopnost zapamatování
 Vyšetřující osoba vyjmenuje tři předměty rychlostí jednoho slova za sebou.
 Pacient je vyzván, aby návy těchto tří předmětů zopakoval.
 (Za každou správnou odpověď je jeden bod.)
(Poznámka: V případě potřeby se nám může jevit, že pacient tak dlouho, než si je nemocný zapamatuje. Počty opakování se zaznamená.)

Pozornost a počítání
 Odečítat postranně.
 Po pěti odečteních test končí (93, 86, 79, 72, 65, pět bodů.)
(Poznámka: Jako alternativní hodnocení pozornosti je možné požadovat zpětné hláskování slova „kmlha“ nebo „pokrm“.)

Paměť a vyhledávání
 Vyšetřující vyzve vyšetřovanou osobu, aby zopakovala tři předtím vyjmenované předměty (viz: Schopnost zapamatování).
 (Za každou správnou odpověď je jeden bod.)

Gnozie, reprodukcce, praxe, lexie, grafie, konstruktivní praxe
 Roznat a pojmenovat dva předměty – tužka (za správnou odpověď 1 bod)
 a
 křesadlo (za správnou odpověď 1 bod).
 Opakovat výtvarně vyšetřující osobě: „Možlám černým kolem nebo: „Fractec Čech a jeho bratr Lech.“ (Za správnou odpověď 1 bod.)
 Provést tři na sebe navazující příkazy: „Ukažte ukazovák prave ruky, dotkněte se jím špičky nosu a potom se jím dotkněte levého ucha.“
 (Jako alternativa: „Vezměte do prave ruky list papíru, přeložte ho a potom ho položte na zem.“)
 (Za každý správně provedený úkon na příkaz 1 bod, tj. maximálně 3 body.)

Výsledky:
 25 – 30 norma
 21 – 24 lehká kognitivní porucha
 16 – 20 střední stupeň kognitivní poruchy
 15 a méně těžká kognitivní porucha

Cellkové akčve: — bodů

15

PROTOKOL
Hodnocení psychického stavu
(Mini-Mental State Examination - MMSE)

Orientace
 Který je rok? Který je měsíc? Jaky je dnes den v týdnu?
 (Za každou správnou odpověď je jeden bod.)

Skutečná / Max body / počet bodů —/5

Ve kterém zemi se nacházíme? V kterém jsme kraji? Nacházíme? Na jakém jsme oddělení? (Za každou správnou odpověď je jeden bod.)

Schopnost zapamatování
 Vyšetřující osoba vyjmenuje tři předměty rychlostí jednoho slova za sebou.
 Pacient je vyzván, aby návy těchto tří předmětů zopakoval.
 (Za každou správnou odpověď je jeden bod.)
(Poznámka: V případě potřeby se nám může jevit, že pacient tak dlouho, než si je nemocný zapamatuje. Počty opakování se zaznamená.)

Pozornost a počítání
 Odečítat postranně.
 Po pěti odečteních test končí (93, 86, 79, 72, 65, pět bodů.)
(Poznámka: Jako alternativní hodnocení pozornosti je možné požadovat zpětné hláskování slova „kmlha“ nebo „pokrm“.)

Paměť a vyhledávání
 Vyšetřující vyzve vyšetřovanou osobu, aby zopakovala tři předtím vyjmenované předměty (viz: Schopnost zapamatování).
 (Za každou správnou odpověď je jeden bod.)

Gnozie, reprodukcce, praxe, lexie, grafie, konstruktivní praxe
 Roznat a pojmenovat dva předměty – tužka (za správnou odpověď 1 bod)
 a
 křesadlo (za správnou odpověď 1 bod).
 Opakovat výtvarně vyšetřující osobě: „Možlám černým kolem nebo: „Fractec Čech a jeho bratr Lech.“ (Za správnou odpověď 1 bod.)
 Provést tři na sebe navazující příkazy: „Ukažte ukazovák prave ruky, dotkněte se jím špičky nosu a potom se jím dotkněte levého ucha.“
 (Jako alternativa: „Vezměte do prave ruky list papíru, přeložte ho a potom ho položte na zem.“)
 (Za každý správně provedený úkon na příkaz 1 bod, tj. maximálně 3 body.)

Výsledky:
 25 – 30 norma
 21 – 24 lehká kognitivní porucha
 16 – 20 střední stupeň kognitivní poruchy
 15 a méně těžká kognitivní porucha

Cellkové akčve: — bodů

14

	max.	I.	II.
5. Psaní na diktát (2 body: správně, 1 bod: jedna chyba, 0 bodů: nesprávně, skóre subtestu 0 - 10) „Napište slova, která vám budu diktovat.“	10		
řve	8		
„Nyní napište větu:“ (nejprve přečtete celou větu a poté dvě a dvě slova z věty diktujte)	2		
mrzne			
čtvrka			
úročistě			
Náš broskvoň již plodí.			
6. Rozumění alternativním otázkám „Budu se vás ptát, prosím odpovídejte ano nebo ne.“ (2 body: správně, 0 bodů: nesprávně, skóre subtestu 0 - 20)	20		
Provedení správných reakcí musí být pohotové, do pěti sekund, neopakujte zadání instrukce, mluvíte hlasitě a zřetelně.			
Jmenujete se Nováková? (uvedte jiné příjmení, než je správné příjmení pacienta/ky)	2 ne		
Jmenujete se ...? (uvedte správné příjmení pacienta/ky)	2 ano		
Bydlíte v Praze? (uvedte jiné místo, než to, ve kterém žijete)	2 ano		
Bydlíte ...? (uvedte správné místo)	2 ano		
Ukazuje vám čelo? (vyšetřující se dotýká ucha)	2 ne		
Máte na hlavě klobouk?	2 ne		
Je kráva větší než koza?	2 ano		
Přichází podzim po zimě?	2 ano		
Je snídáně dřívě než oběd?	2 ano		
Oblékáte si nejdříve kabát a potom košili?	2 ne		
7. Rozumění slovu - identifikace objektů: předložíme uvedené objekty a vyšetřovaný je vždy pouze 1x vyzván, aby ukázal jmenovaný objekt. „Ukažte kde je:“ (2 body: správně, 0 bodů: nesprávně, skóre subtestu 0 - 10) Provedení správných reakcí musí být pohotové, do pěti sekund, neopakujte zadání instrukce.	10		
Vidlička			
bombón			
knořik			
kámen			
papír			
8. Rozumění mluvené instrukci „Udělejte, co vám řeknu!“ (2 body: správně, 0 bodů: nesprávně, skóre subtestu 0 - 10) Pouze 1x zadaná instrukce. Provedení správných reakcí musí být pohotové, do pěti sekund, neopakujte zadání instrukce, mluvíte hlasitě a zřetelně.	10		
Ukažte na vaši bradu!	2		
Otevřete ústa!	2		
Ukažte vaši levou rukou vaše pravé oko! (x Ukažte vaši pravou rukou vaše levé oko)	2		
Ukažte na podlahu a potom na váš nos!	2		
Dřívě než otevřete ústa, dotkněte se ucha!	2		
9. Rozumění čtené instrukci „Udělejte, co je tady napsáno!“ (2 body: správně, 0 bodů: nesprávně, skóre subtestu 0 - 10) Pacient si přečte instrukci pouze 1x. Provedení správných reakcí musí být pohotové, do pěti sekund.	10		
Zamávejte rukou.	2		
Zatněte pěst.	2		
Ukažte rukou na podlahu a potom na strop.	2		
Položte vaši levou ruku na vaše pravé rameno. (x Položte vaši pravou ruku na vaše levé rameno.)	2		
Než se podíváte na okno, dotkněte se vašeho levého ucha.	2		
Poznámky			

Roubíčková J. Hedánek J. Stránilík A. Dysartrický profil. Test 3F. 3.vyd. Praha: Galén; 2011

DYSARTRICKÝ PROFIL TEST 3F		Nynější onemocnění
Stav před nynějším onemocněním Stav kognitivních, jazykových, řečových funkcí Sluch + Zrak brýle na čtení		Poznámky
Jméno pacienta Rodné číslo Datum vzniku poruchy Dysartrický index I. a II. vyšetření: 0-17 velmi těžká dysartrie - anartrie 17-55 těžká dysartrie 36-56 středně těžká dysartrie 57-73 lehká dysartrie 74-85 velmi lehká dysartrie 85-90 bez poruchy		Orientační předtestové vyšetření Afázie ano ne orální nebo verbální apraxie ano ne jiná porucha řeči ano ne chrap: neuplný úplný jazyková fascikulace, fibrilace: ano ne jazyková atrofie: ano ne jazyk pláží: nepláží vůbec, uchyluje ke straně, ve středu tvář symetrická v klidu: ano ne tvář symetrická v pohybu: ano ne přijímá plně jídlo jakékoliv konzistence orálně: ano ne obliže při příjmu tekutin: často občas ne obliže při příjmu tuhé stravy: často občas ne kontrakce vela při opakované prodloužené fonaci hlásky (a): vydatné, snížené, jednostranné, nejsou dávivý reflex: nevýbavný snížený zvýšený, přiměřený
FACIOKINEZE (maximum 30) 1. Rty (maximum 10) 1.1 Protruze a retrakce rtů mezi zuby 1.2 Pevnost sevření rtů v klidu 1.3 Pevnost retního uzavěru při natouknutých tvářích 1.4 Zaostření koutků do úsměvu 1.5 Diadochokineze bez fonace 2. Čelist (maximum 10) 2.1 Otevření a zavření úst (volně) 2.2 Otevření a zavření úst proti odporu 2.3 Posouvání mandibuly doprava – doleva 2.4 Kroužení mandibulou do stran 2.5 Kontrakce žvýkacích svalů 3. Jazyk (maximum 10) 3.1 Vysunutí jazyka z úst a zasunutí 3.2 Zvednutí špičky jazyka vzhůru a spuštění zpět 3.3 Vysunutí, obrácení špičky jazyka před ústy vzhůru 3.4 Přesunutí jazyka z koutku do koutku 3.5 Kruhovitě oliznutí horního a spodního rtu		FONETIKA (maximum 30) 7. Artikulace (maximum 10) 7.1 Přesnost opakování samohlásek 7.2 Přesnost opakování souhlásek 7.3 Přesnost artikulace při čtení TEXT 7.4 Diadochokineze s fonací (p-t-k) (o-e) 7.5 Spontánní řeč 8. Prozodie (maximum 10) 8.1 Udržení rytmu v rytmickém celku TEXT 8.2 Základní větňné intonace TEXT 8.3 Přemístování kontrastního důrazu TEXT 8.4 Intonační variabilita TEXT 8.5 Komplexní prozodické faktory 9. Srozumitelnost (maximum 10) 9.1 Srozumitelnost předřkávaných slov TEXT 9.2 Srozumitelnost předřkávaných vět TEXT 9.3 Srozumitelnost četby slov TEXT 9.4 Srozumitelnost četby textu TEXT 9.5 Srozumitelnost spontánní mluvy

Příloha 5 Dotazníkové šetření (vlastní zpracování)

Dostupnost ergoterapeutické péče po ukončení ústavní hospitalizace u pacientů po získaném poškození mozku

Dobrý den,

jmenuji se Barbora Novotná a jsem studentkou navazujícího magisterského programu Ergoterapie pro dospělé na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Tento dotazník slouží k sběru dat pro mou diplomovou práci na téma Dostupnost ergoterapeutické péče po ukončení ústavní hospitalizace u pacientů po získaném poškození mozku. Cílem je zhodnocení dostupnosti ergoterapeutické péče po ukončení ústavní hospitalizace v Rehabilitačním ústavu Kladruby u pacientů po získaném poškození mozku. Vaše účast v tomto dotazníku je zcela dobrovolná. Získaná data budou anonymně zpracována a budou využita ke zpracování diplomové práce, popřípadě budou využita i k vydání odborného článku či prezentace.

Předem Vám děkuji za Vaši ochotu a za Váš čas.

Záznam délky telefonního hovoru:

Hovor byl uskutečněn: a) přímo s respondentem (pacientem) b) se zákonným zástupcem

1. Pohlaví

Nápověda k otázce: *Nevyplňujte. Bude vyplněno z ústavní dokumentace.*

žena muž

2. Jaký je Váš věk?

Nápověda k otázce: *Nevyplňujte. Bude vyplněno z ústavní dokumentace.*

3. V jakém kraji bydlíte?*

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

Hlavní město Praha Jihočeský kraj Jihomoravský kraj Karlovarský kraj Královéhradecký kraj
 Liberecký kraj Moravskoslezský kraj Olomoucký kraj Pardubický kraj Plzeňský kraj
 Středočeský kraj Ústecký kraj kraj Vysočina Zlínský kraj

4. V jakém městě bydlíte?*

5. Jaká je Vaše diagnóza?

Nápověda k otázce: *Nevplňujte. Bude vyplněno z ústavní dokumentace.*

- ischemická cévní mozková příhoda hemoragická mozková příhoda traumatické poškození mozku (vlivem např. nehody, úrazu) infekční nebo metabolické poškození
- Jiná...

6. Jaký máte typ hemiparézy?

Nápověda k otázce: *Nevplňujte. Bude vyplněno z ústavní dokumentace.*

- levostranná pravostranná

7. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?*

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- základní střední vysokoškolské

8. Jsou přítomny/přetrvávají kognitivní deficity? Pokud ano, jaký?

Nápověda k otázce: *Nevplňujte. Před ukončením ústavní hospitalizace proběhlo testování Mini Mental State Examination (MMSE).*

9. Jsou přítomny/přetrvávají fatické obtíže, popřípadě jaký je typ afázie a typ dysatrie?

Nápověda k otázce: *Ne vyplňujte. Bude vyplněno z ústavní dokumentace ze závěrečné zprávy - výsledky testů MAST a 3F.*

10. Kolik dní máte v den dotazníku od cévní mozkové příhody/úrazu/nehody?

Nápověda k otázce: *Ne vyplňujte. Bude vyplněno z ústavní dokumentace.*

11. Byla po ukončení ústavní hospitalizace navržena ambulantní péče u konkrétní odbornosti?
Pokud ano, u jakého?

Nápověda k otázce: *Ne vyplňujte. Bude vyplněno z ústavní dokumentace ze závěrečné zprávy (fyzioterapie, ergoterapie, logopedie, psychologie).*

12. S kým sdílíte domácnost?*

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

Žiji sám/a. Žiji s rodinou/blízkými osobami.

Jiná...

Dostupnost ergoterapeutické péče po ukončení ústavní hospitalizace u pacientů po získaném poškození mozku

13. Byl Vám před ukončením ústavní hospitalizace předán edukační materiál?*

Nápověda k otázce: *Například ohledně cviků na domácí cvičení, jak přizpůsobit domácí prostředí, kde a jaké kompenzační pomůcky zakoupit.*

- ano ne
 Jiná...

13. A) Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku, že Vám byl předán edukační materiál před ukončením ústavní hospitalizace, jaký edukační materiál Vám byl předán?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- Edukační materiál na domácí cvičení. Edukační materiál, jak přizpůsobit domácí prostředí. Edukační materiál, kde nebo jaké kompenzační pomůcky zakoupit.
 Jiná...

14. Docházíte ambulantně k nějaké odbornosti na základě doporučení po ukončení ústavní hospitalizace?*

Nápověda k otázce: *Například k fyzioterapeutovi, ergoterapeutovi, psychologovi, ke klinickému logopedovi.*

- ano ne

15. K jaké odbornosti docházíte ambulantně?*

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- ergoterapeut fyzioterapeut klinický logoped psycholog nutriční specialista
 sociální pracovník lékař Nedocházím k žádné další odbornosti (po ukončení hospitalizace jsem nebyl/a ani u praktického lékaře).
 Jiná...

Dostupnost ergoterapeutické péče po ukončení ústavní hospitalizace u pacientů po získaném poškození mozku

15. A) Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku, že nedocházíte k žádné odbornosti (mimo praktického lékaře), jaký je Váš důvod?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> V mém okolí není dostupný žádný specialista či zmiňované odbornosti. | <input type="checkbox"/> Jsem závislá/y na druhé osobě a nechci ji zatěžovat dopravou na terapie. | <input type="checkbox"/> Nedocházím, ale již jsem objednan/a k dalšímu specialistovi/odbornosti. | <input type="checkbox"/> Mám v plánu docházet, ale momentálně je kapacita naplněna. |
| <input type="checkbox"/> Nevím. | | | |
| <input type="checkbox"/> Jiná... | <input type="text"/> | | |

16. Jak často docházíte na ambulantní rehabilitaci k určité odbornosti?*

Nápověda k otázce: *Například k fyzioterapeutovi 2x týdně, k ergoterapeutovi 1x týdně, k psychologovi 1x za 3 týdny.*

17. Jaká je náplň Vašich terapií v ambulantní fyzioterapii?*

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> pasivní pohyb | <input type="checkbox"/> aktivní pohyb | <input type="checkbox"/> využití robotického zařízení | <input type="checkbox"/> motolaha na horní/dolní končetiny |
| <input type="checkbox"/> elektrostimulace | <input type="checkbox"/> aplikace parafínu | <input type="checkbox"/> nácvik přesunů/mobility | <input type="checkbox"/> využití PANat dlahy |
| <input type="checkbox"/> aplikace tejpů | <input type="checkbox"/> nácvik jemné motoriky | <input type="checkbox"/> cvičení dle Graciese | <input type="checkbox"/> chůze |
| <input type="checkbox"/> využití bazénu | <input type="checkbox"/> vertikalizace - vertikalizační stojan | <input type="checkbox"/> vertikalizace s kompenzační pomůckou (např. hůlkou, 2 francouzskými berlemi, s vysokým/nízkým chodítkem) | <input type="checkbox"/> edukace na domácí terapii |
| <input type="checkbox"/> konzultace kompenzačních pomůcek | <input type="checkbox"/> Nedocházím na ambulantní fyzioterapii. | | |
| <input type="checkbox"/> Jiná... | <input type="text"/> | | |

Dostupnost ergoterapeutické péče po ukončení ústavní hospitalizace u pacientů po získaném poškození mozku

18. Jak jste se dozvěděl/a o zařízeních poskytující ambulanci rehabilitaci?*

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Informace hledala rodina/blízké osoby/přátelé. | <input type="checkbox"/> Informoval/a jsem se sám/a. | <input type="checkbox"/> Obrátil/a jsem se na pojišťovnu, která mi předala seznam smluvních poskytovatelů zdravotnických služeb v okolí místa mého bydliště. | <input type="checkbox"/> Terapeut, ke kterému jsem docházel/a nebo docházím mi doporučil konkrétní ambulanci. |
| <input type="checkbox"/> Na základě doporučení lékařem. | | | |
| <input type="checkbox"/> Jiná... | <input type="text"/> | | |

19. Víte, že máte možnost oslovit pojišťovnu, aby Vám předala seznam smluvních poskytovatelů zdravotnických služeb v okolí místa Vašeho bydliště?*

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- ano ne

20. Jak se nejčastěji dopravujete na ambulanci rehabilitaci?*

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- | | | | | |
|-----------------------------------|--|---|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sám/sama | <input type="checkbox"/> s dopomocí druhé osoby | <input type="checkbox"/> objednanou sanitou | <input type="checkbox"/> MHD | <input type="checkbox"/> autem |
| <input type="checkbox"/> pěšky | <input type="checkbox"/> Momentálně nedocházím na žádnou ambulanci rehabilitaci. | | | |
| <input type="checkbox"/> Jiná... | <input type="text"/> | | | |

21. Kdo Vám hradí dopravu na ambulanci rehabilitaci?*

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- vlastní náklady pojišťovna Momentálně nedocházím na žádnou ambulanci rehabilitaci.
- Jiná...

22. Kdo Vám vystavil žádanku na ambulanci rehabilitaci?*

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- | | | | |
|---------------------------------------|---|--|--|
| <input type="radio"/> praktický lékař | <input type="radio"/> neurolog | <input type="radio"/> lékař rehabilitační a fyzikální medicíny | <input type="radio"/> Nikdo, hradím si terapii sám/sama. |
| <input type="radio"/> Nevím. | <input type="checkbox"/> Momentálně mi nikdo z lékařů nevystavil žádanku na ambulanci rehabilitaci. | | |
| <input type="radio"/> Jiná... | <input type="text"/> | | |

Dostupnost ergoterapeutické péče po ukončení ústavní hospitalizace u pacientů po získaném poškození mozku

23. Do jakého typu zařízení docházíte na ambulantní rehabilitaci?*

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> nemocnice | <input type="checkbox"/> poliklinika | <input type="checkbox"/> soukromé zařízení | <input type="checkbox"/> Dochází ke mně do domácího prostředí. |
| <input type="checkbox"/> Využívám telerehabilitaci (online). | <input type="checkbox"/> Momentálně nedocházím na žádnou ambulantní rehabilitaci. | | |
| <input type="checkbox"/> Jiná... | <input type="text"/> | | |

24. Docházíte na ambulantní ergoterapii?*

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- ano ne

24. A) Pokud jste odpověděl/a, že docházíte na ambulantní ergoterapii, jaká je náplň Vašich terapií?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> pasivní pohyb | <input type="checkbox"/> aktivní pohyb | <input type="checkbox"/> míčkování | <input type="checkbox"/> využití robotického zařízení |
| <input type="checkbox"/> motodlaha na horní/ dolní končetiny | <input type="checkbox"/> elektrostimulace | <input type="checkbox"/> aplikace parafinu | <input type="checkbox"/> nácvik pADL (např. hygiena, oblékání, přesuny, jedení/pití, toaleta) |
| <input type="checkbox"/> nácvik iADL (např. nakupování, péče o domácnost, použití komunikačních technologií, manipulace s peněží) | <input type="checkbox"/> nácvik přesunů/mobility | <input type="checkbox"/> využití PANat dlahy nebo využití jiných různých dlah | <input type="checkbox"/> aplikace tejpů |
| <input type="checkbox"/> nácvik jemné motoriky | <input type="checkbox"/> nácvik grafomotoriky konzultace | <input type="checkbox"/> cvičení dle Graciese | <input type="checkbox"/> CIMT terapie |
| <input type="checkbox"/> edukace o autoterapii | <input type="checkbox"/> úpravy domácího prostředí | <input type="checkbox"/> poradenství kompenzačních pomůcek | <input type="checkbox"/> předpracovní rehabilitace/ergodiagnostika |
| <input type="checkbox"/> Jiná... | <input type="text"/> | | |

Dostupnost ergoterapeutické péče po ukončení ústavní hospitalizace u pacientů po získaném poškození mozku

24. B) Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku, že nedocházíte na ambulantní ergoterapii, jaký je Váš důvod?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="radio"/> Mám zájem, ale v okolí bydliště je pouze dětská ergoterapie. | <input type="radio"/> Měl/a bych zájem o ergoterapii, ale v okolí mého bydliště se nenachází ambulantní ergoterapie. | <input type="radio"/> Mám zájem o ergoterapii, ale mají plnou kapacitu. | <input type="radio"/> Měl/a bych zájem, ale lékař mi nevypsal žádanku. |
| <input type="radio"/> Nemám zájem docházet na ergoterapii. | <input type="radio"/> Myslím, že mi stačí pouze docházet na fyzioterapii. | <input type="radio"/> Jsem závislý/á na druhé osobě a nechci je zatěžovat dopravou na terapii. | |
| <input type="radio"/> Jiná... <input type="text"/> | | | |

25. Jak jste se dozvěděl/a o možnosti docházení na ambulantní ergoterapii v místě Vašeho bydliště?*

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="radio"/> Informoval/a jsem se sám/sama. | <input type="radio"/> Informace sháněla rodina/blízké osoby/přátelé. | <input type="radio"/> Terapeut, ke kterému jsem docházel/a nebo docházím mi doporučil konkrétní ergoterapeutickou ambulanci. | <input type="radio"/> Obrátil/a jsem se na pojišťovnu, která mi předala seznam smluvních poskytovatelů zdravotnických služeb v okolí místa mého bydliště. |
| <input type="radio"/> Na základě doporučení lékařem. | <input type="radio"/> Momentálně nedocházím na ambulantní ergoterapii. | | |
| <input type="radio"/> Jiná... <input type="text"/> | | | |

26. Jak často docházíte na ambulantní ergoterapii?*

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- 1x týdně 2x týdně 1x za 14 dní 1x za 3 týdny 1x za měsíc
- Nedocházím na ambulantní ergoterapii.

27. Byly Vám doporučeny kompenzační pomůcky?*

Nápověda k otázce: *Například francouzské berle, rolátor, madlo na WC, ortéza.*

- ano ne

28. Kde Vám byly doporučeny kompenzační pomůcky?*

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- v nemocnici v rehabilitačním ústavu při ambulantní rehabilitaci Nebyly mi doporučeny kompenzační pomůcky.
- Jiná...

29. Jaké kompenzační pomůcky Vám byly doporučeny a kde?*

30. Využíváte všechny doporučené kompenzační pomůcky pravidelně?*

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- ano ne Nebyly mi doporučeny kompenzační pomůcky. Jen některé.

30. A) Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a, že používáte kompenzační pomůcky jen některé, jaký je Váš důvod?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Dostal/a jsem se do fáze, kdy je již nepotřebuji. Musí mi pomoci při navlékání/sundávání pomůcky druhá osoba. Nesedí mi nebo je mi nepříjemná.
- Jiná...

31. Jak často tyto kompenzační pomůcky využíváte?*

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- více než 1x denně 1x denně každý 2. den 1x do týdne 1x za 14 dní 1x za měsíc
- Nevyužívám je.
- Jiná...

32. Dokupoval/a jste si nějaké další kompenzační pomůcky?*

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

ano ne Nevím.

32. A) Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku ano, jaké konkrétní pomůcky jste si dokupoval/a?

33. Byla Vám doporučena aplikace botulotoxinu na horní končetinu?*

Nápověda k otázce: *Botulotoxin je látka, která se aplikuje invazivně do poškozených svalů vlivem spasticity. Léčba vede ke zlepšení hybnosti končetiny a má pozitivní vliv na všední denní aktivity.*

ano ne

34. Máte po aplikaci botulotoxinu na horní končetině?*

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

ano ne

34. A) Pokud máte po aplikaci botulotoxinu na horní končetině, ukázali Vám cviky na domácí cvičení?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

ano ne Nevím.

34. B) V jakém zařízení Vám byl aplikován botulotoxin na horní končetinu?

Dostupnost ergoterapeutické péče po ukončení ústavní hospitalizace u pacientů po získaném poškození mozku

35. Docházíte pravidelně nebo objednal/a jste se do spastické poradny?*

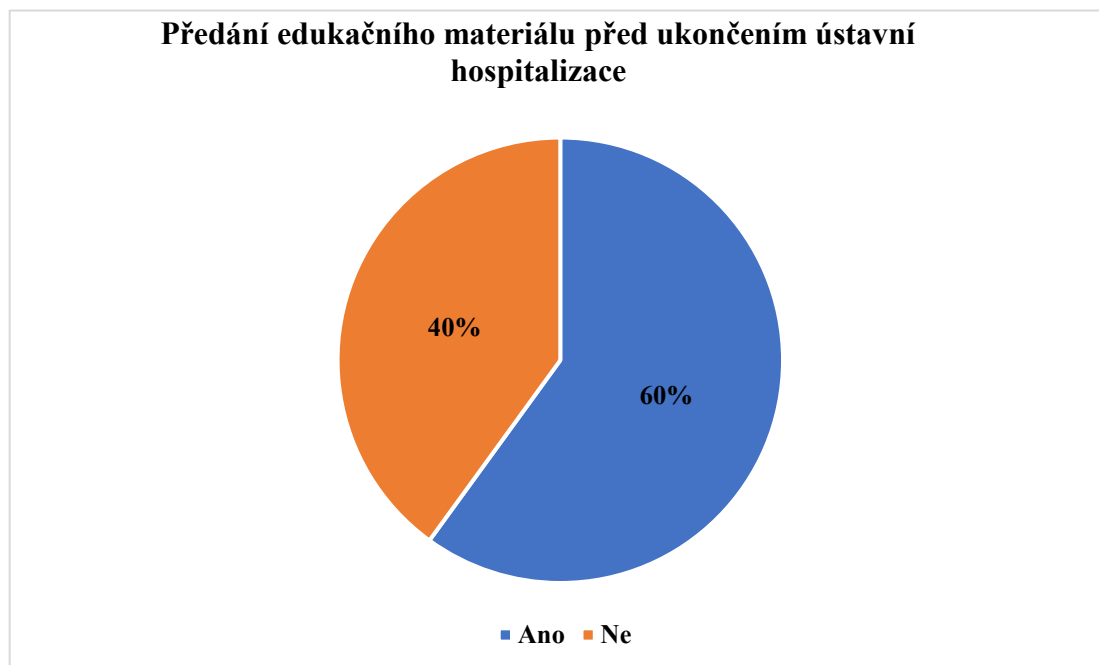
Nápověda k otázce: *Spastická poradna se zabývá diagnostikou a léčbou spasticity. Na základě diagnostických testů lze aplikovat botulotoxin.*

ano ne Neslyšel/a jsem o spastické poradně.

Příloha 6 Vyhodnocení zbylých otázek z dotazníkového šetření (vlastní zpracování)

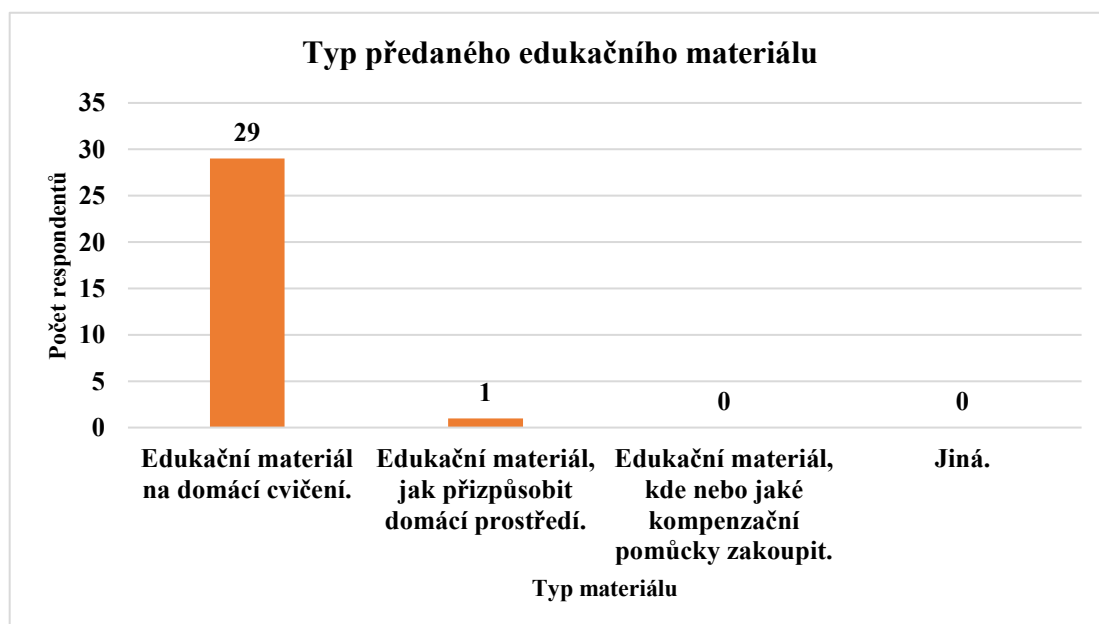
13. Byl Vám před ukončením ústavní hospitalizace předán edukační materiál?

* uvedena relativní četnost



13. A) Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku, že vám byl předán edukační materiál před ukončením ústavní hospitalizace, jaký edukační materiál Vám byl předán?

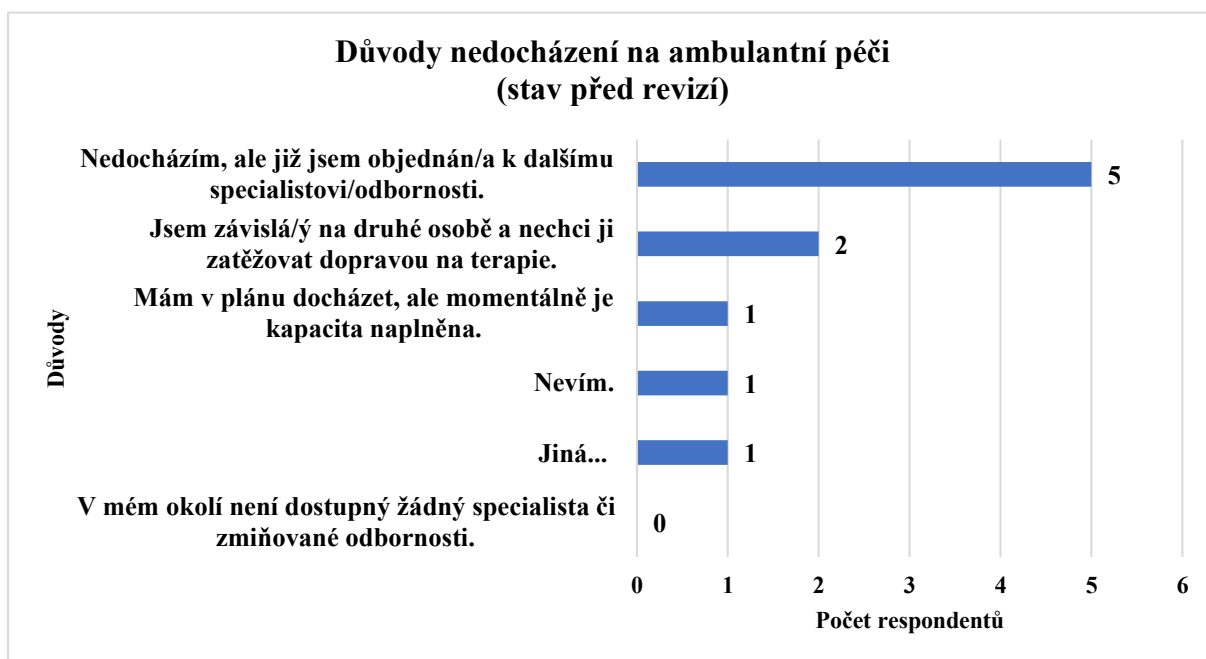
* uvedena absolutní četnost



15. A) Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku, že nedocházíte k žádné odbornosti (mimo praktického lékaře), jaký je Váš důvod?

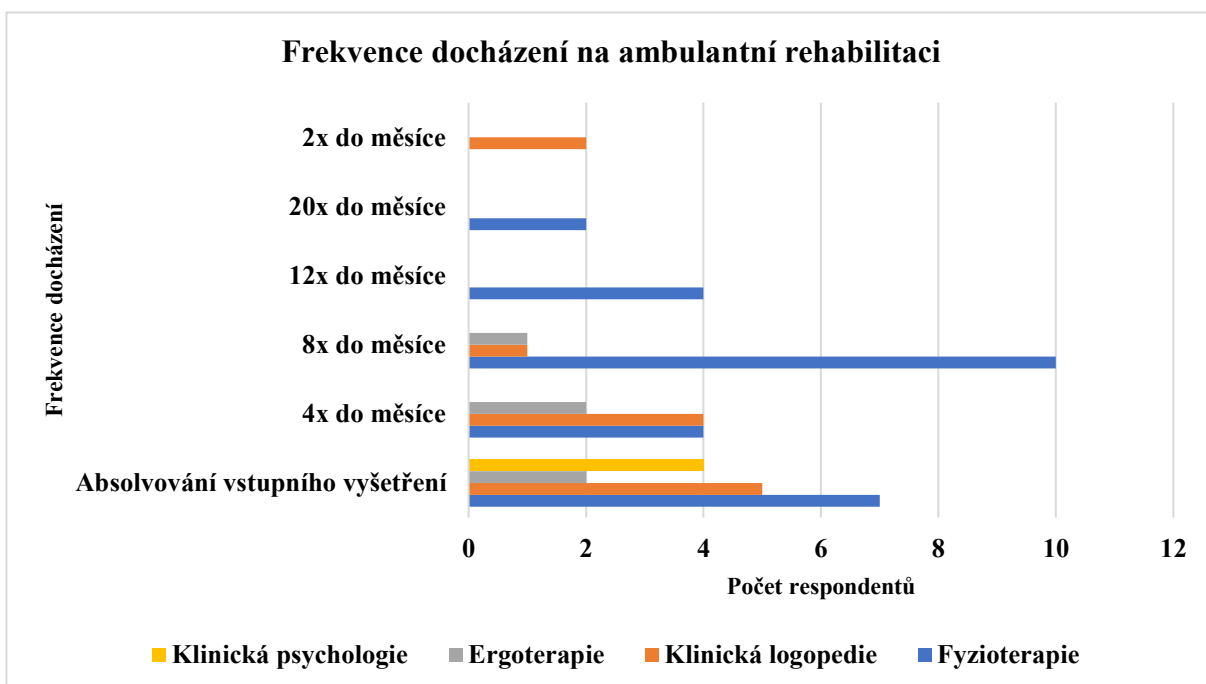
* stav před revizí dat: uvedena absolutní četnost, 10 respondentů uvedlo důvod proč nedochází

* * buď návštěva pouze u praktického lékaře a žádná další odbornost či absence i návštěvy praktického lékaře



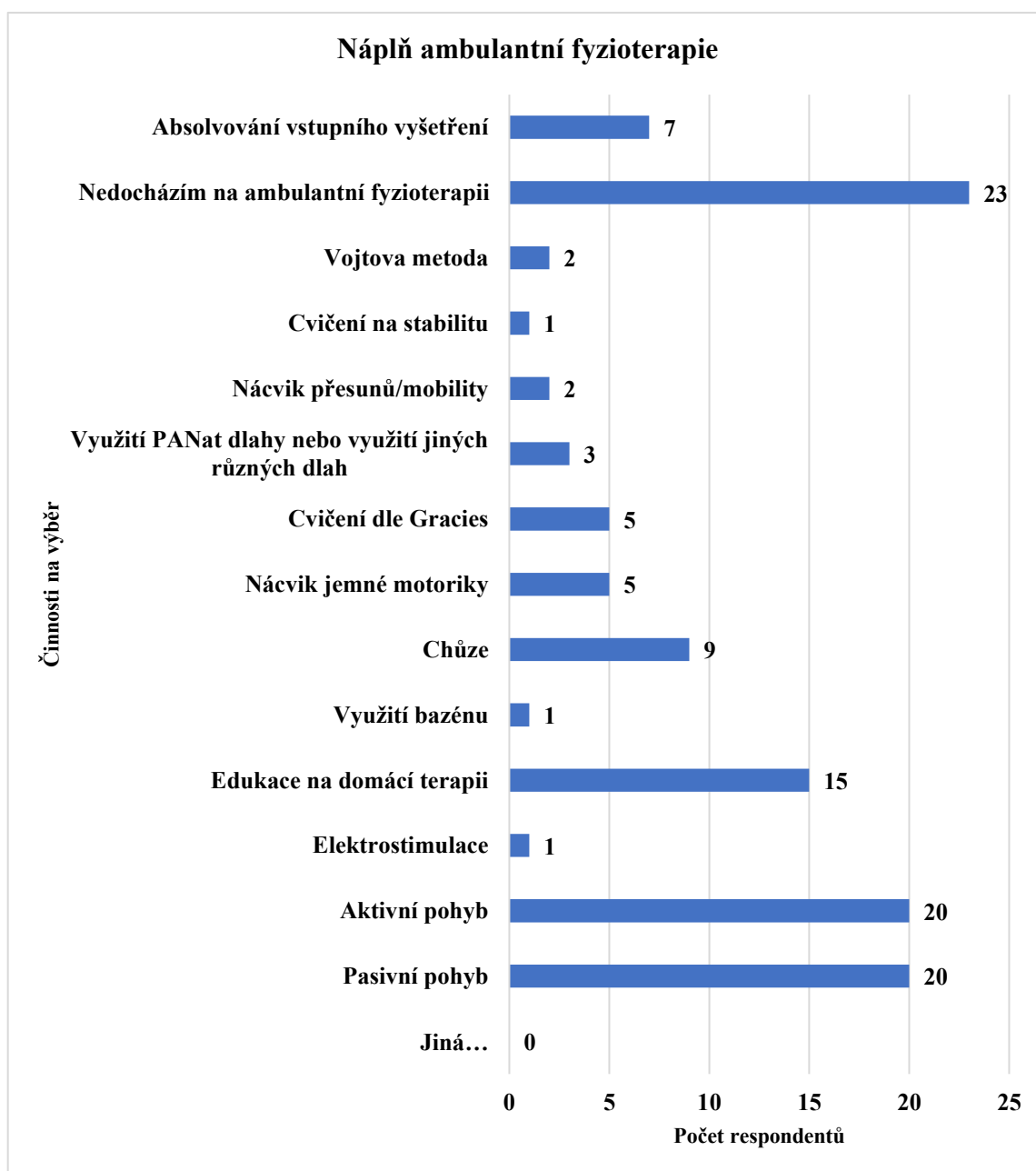
16. Jak často docházíte na ambulantní rehabilitaci k určité odbornosti?

* zpracovány pouze respondenti docházející na určitou ambulantní rehabilitaci



17. Jaká je náplň Vašich terapií v ambulantní fyzioterapii?

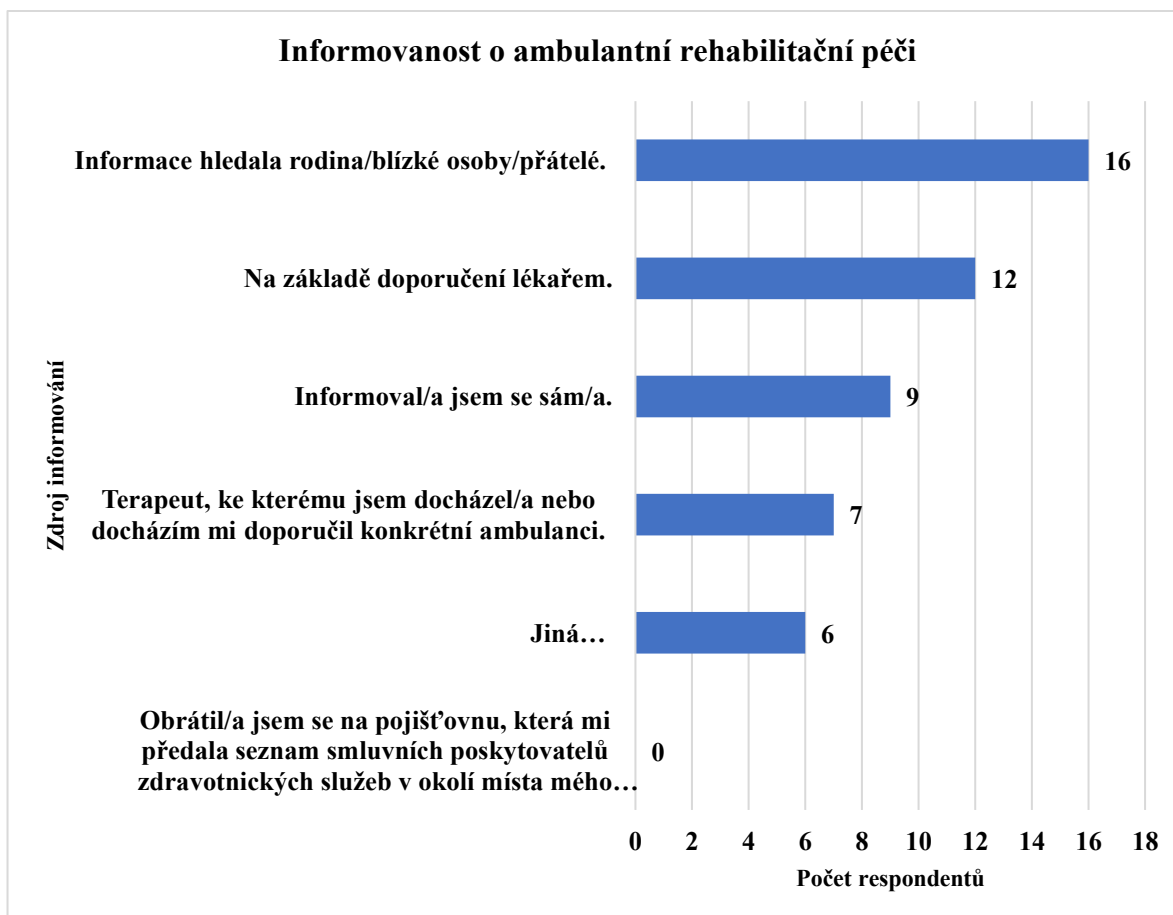
* uvedena absolutní četnost



18. Jak jste se dozvěděl/a o zařízeních poskytující ambulanci rehabilitaci?

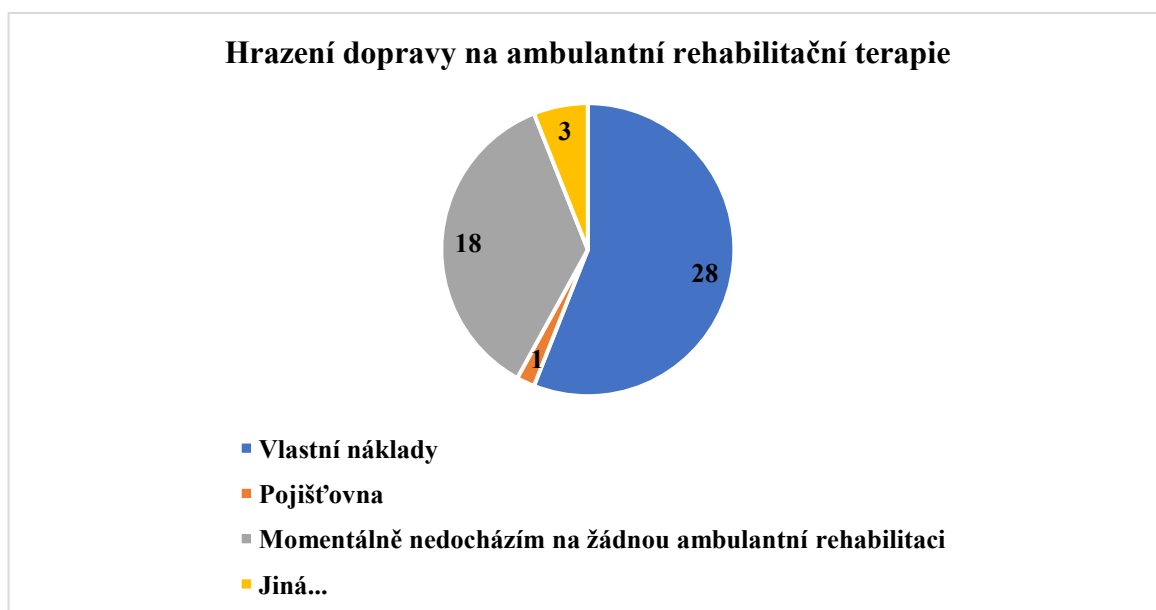
* uvedena absolutní četnost

* zde odpovídali i pacienti, kteří momentálně nedochází, ale uvažují o ni, informovali se či nikoli



21. Kdo Vám hradí dopravu na ambulantní rehabilitaci?

* uvedena absolutní četnost



22. Docházíte na ambulantní ergoterapii?

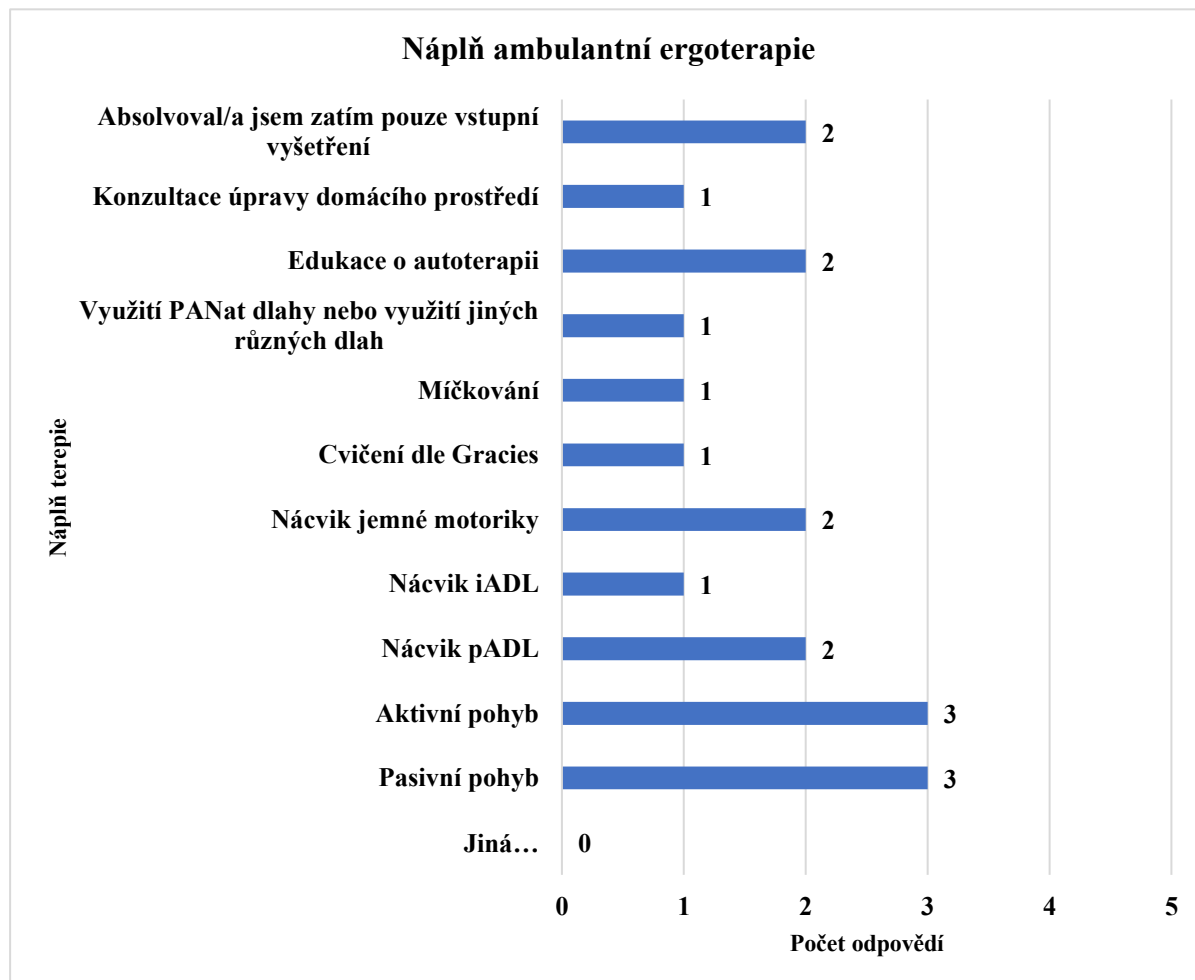
* uvedena absolutní četnost



24. A) Pokud jste odpověděl/a, že docházíte na ambulantní ergoterapii, jaká je náplň Vašich terapií?

* odpovědělo pouze 5 respondentů

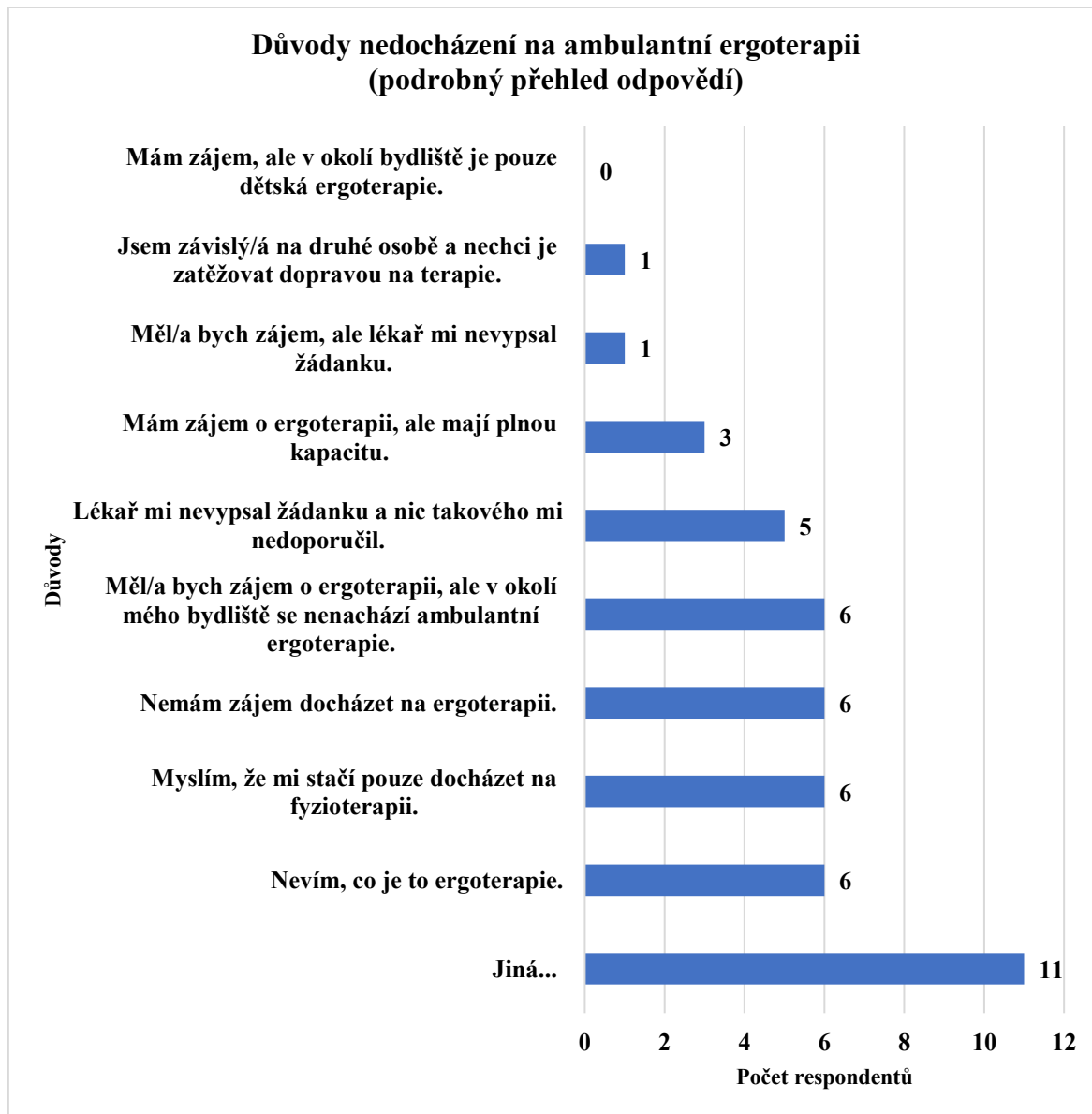
** uvedena absolutní četnost



24. B) Pokud jste odpověděl/a, že nedocházíte na ambulantní ergoterapii, jaký je Váš důvod?

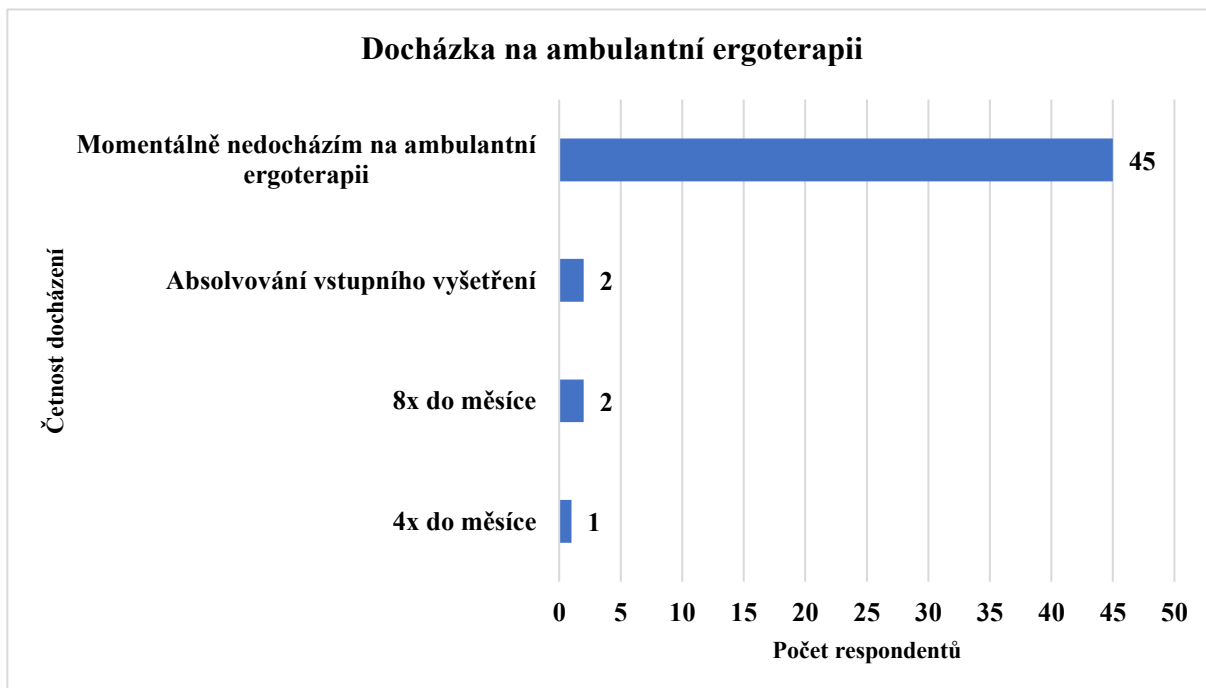
* odpovědělo pouze 45 respondentů

** uvedena absolutní četnost



26. Jak často docházíte na ambulantní ergoterapii?

* uvedena absolutní četnost



27. Byly Vám doporučeny kompenzační pomůcky?

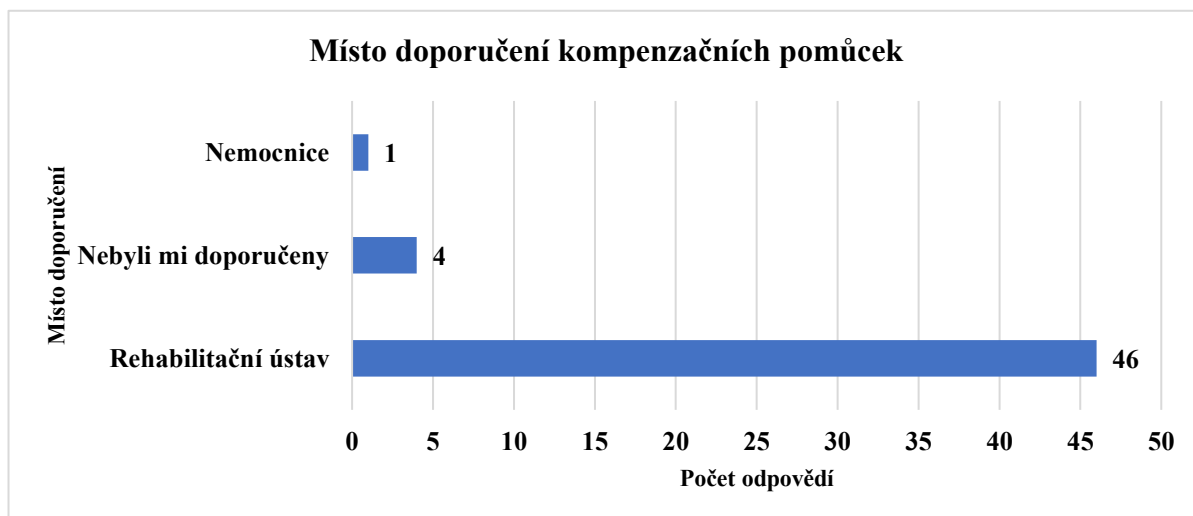
* uvedena absolutní četnost



28. Kde Vám byly doporučeny kompenzační pomůcky?

* 1 respondent odpověděl na 2 odpovědi (Nemocnice a RÚ)

** uvedena absolutní četnost

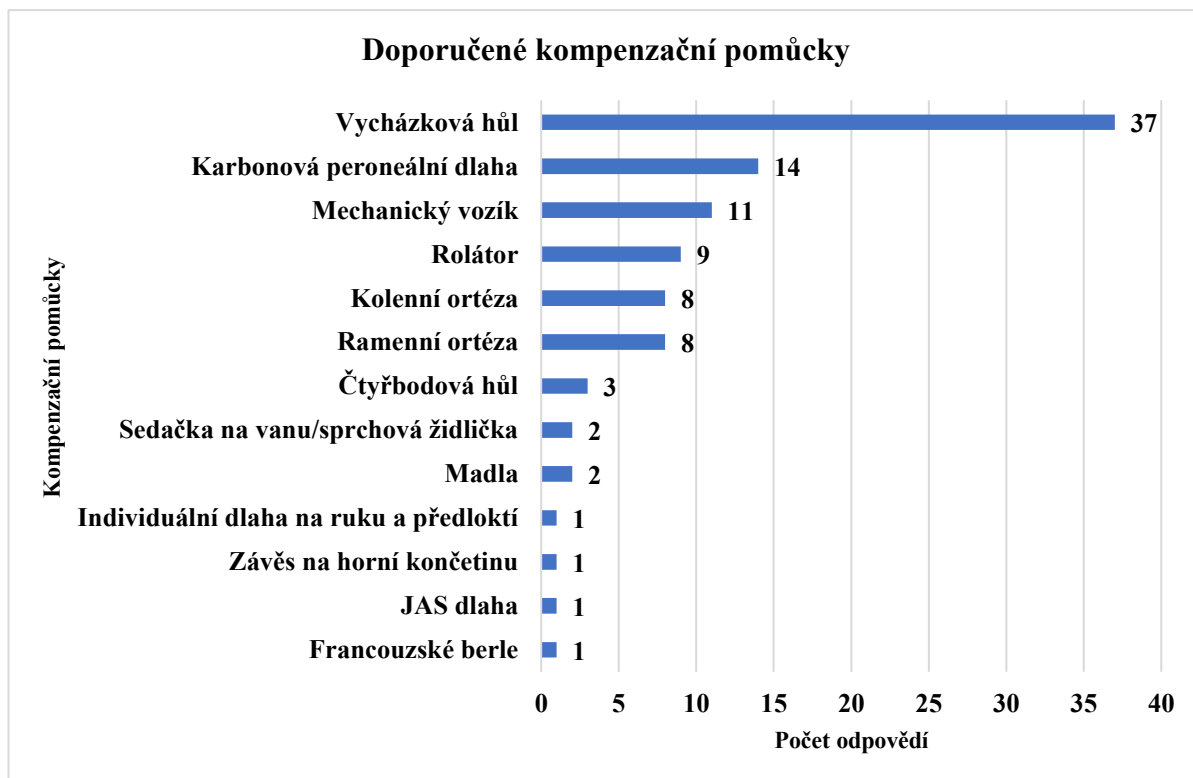


29. Jaké kompenzační pomůcky Vám byly doporučeny a kde?

* uvedena absolutní četnost

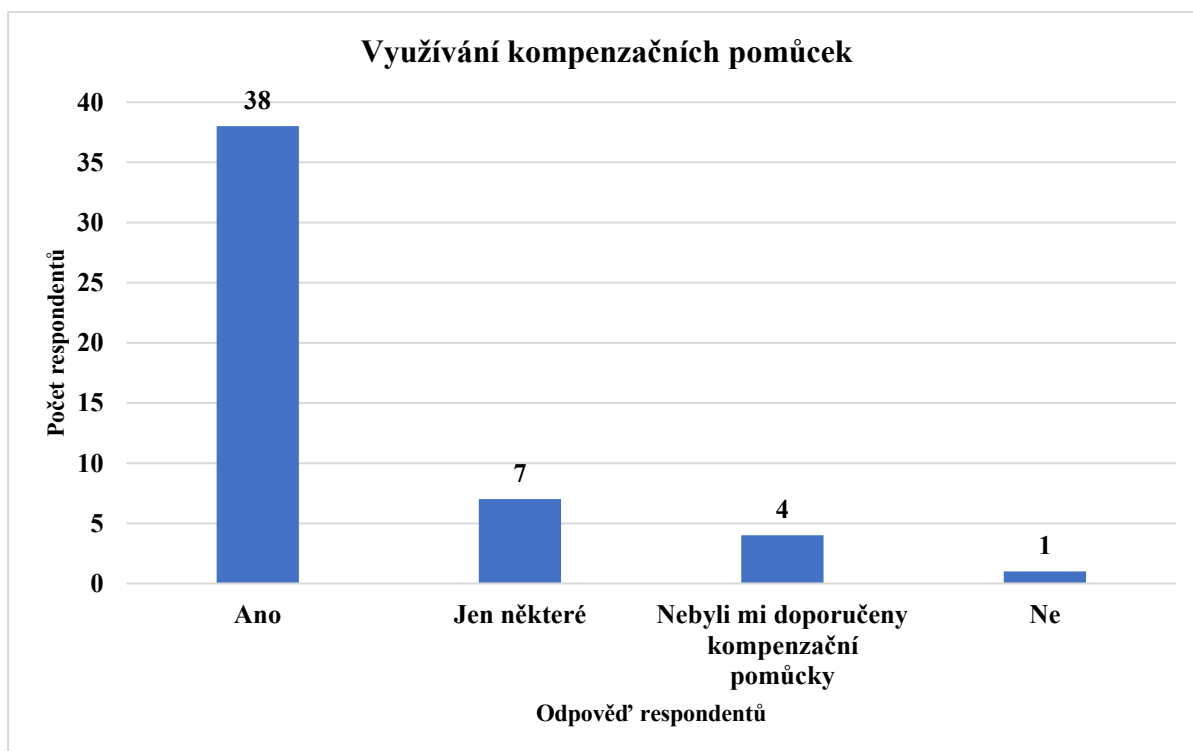
** nezapočítány 4 respondenti, kterým nebyly doporučeny kompenzační pomůcky

*** pouze 1 respondent uvedl doporučení 2 francouzských berlí v nemocnice a ostatní v RÚ



30. Využíváte všechny doporučené kompenzační pomůcky pravidelně?

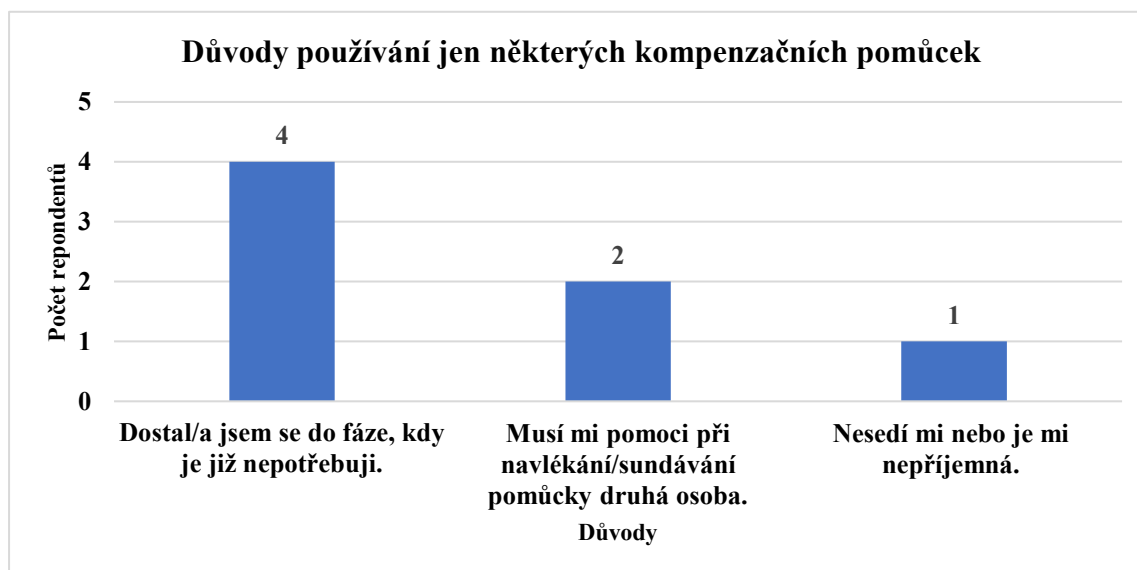
* uvedena absolutní četnost



30. A) pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a, že používáte kompenzační pomůcky jen některé, jaký je Váš důvod?

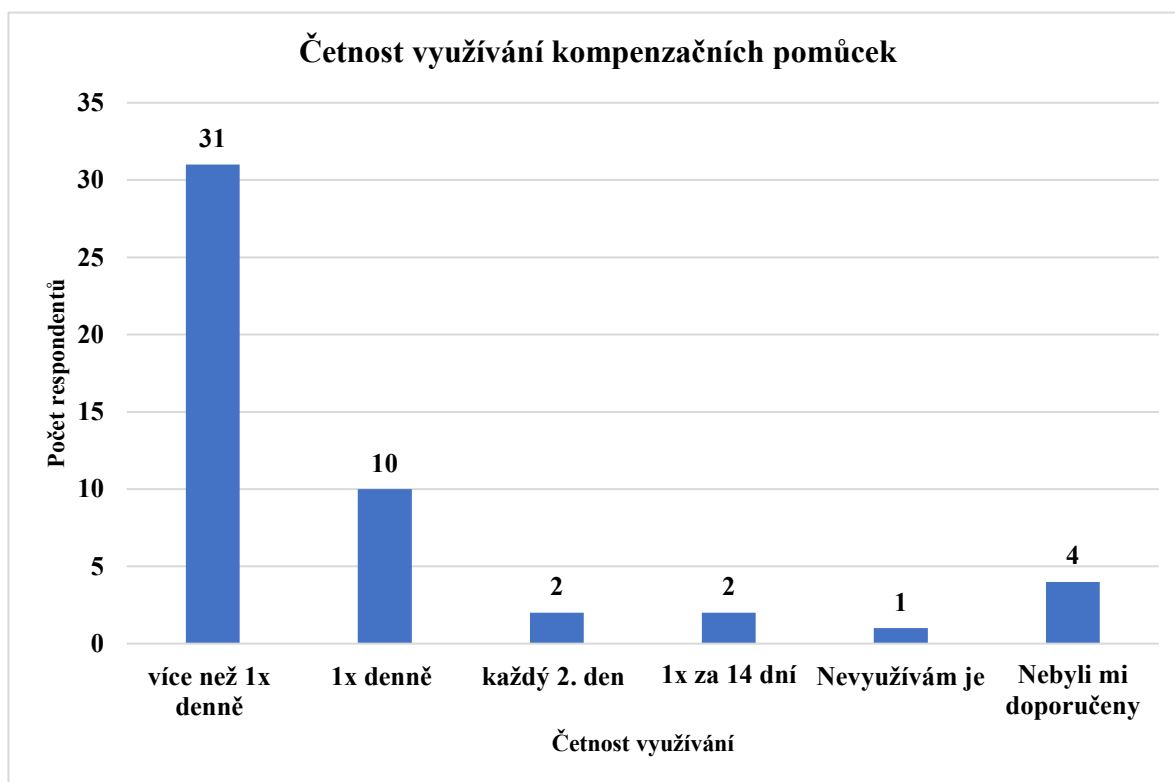
* uvedena absolutní četnost

** odpovědělo 7 respondentů



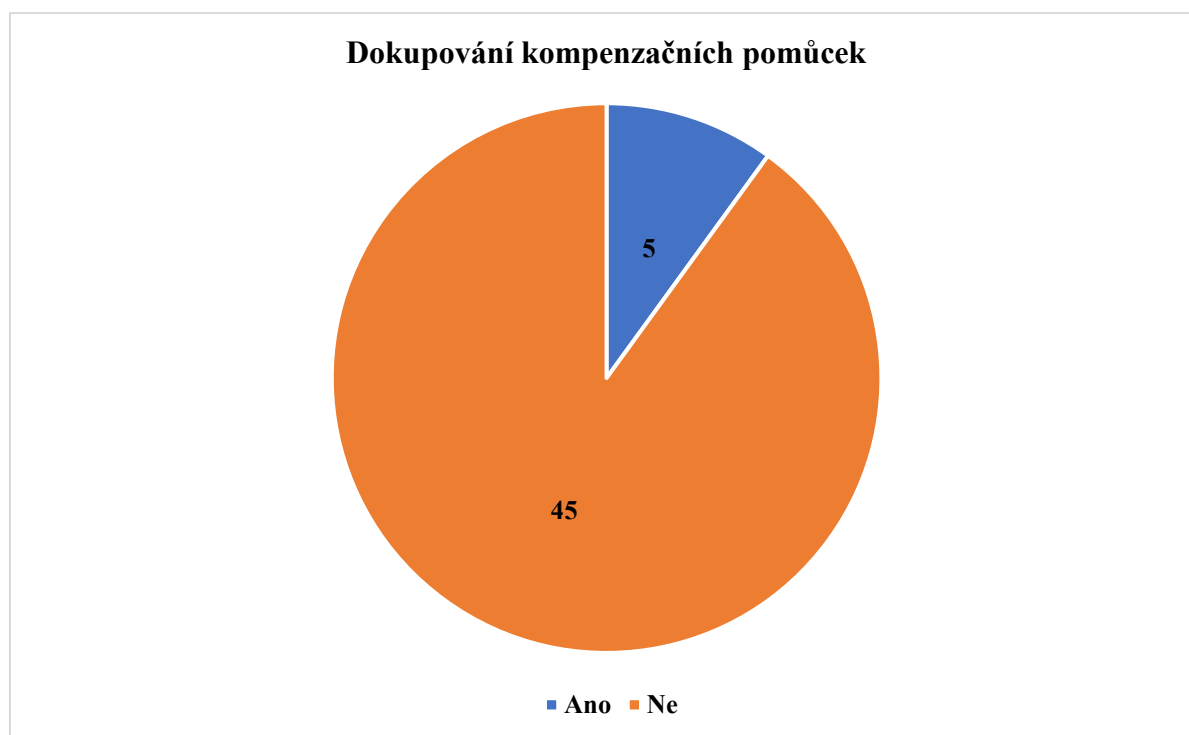
31. Jak často tyto kompenzační pomůcky využíváte?

* uvedena absolutní četnost



32. Dokupoval/a jste si nějaké další kompenzační pomůcky?

* uvedena absolutní četnost



32. A) Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku, že ano, jaké konkrétní pomůcky jste si dokupoval/a?

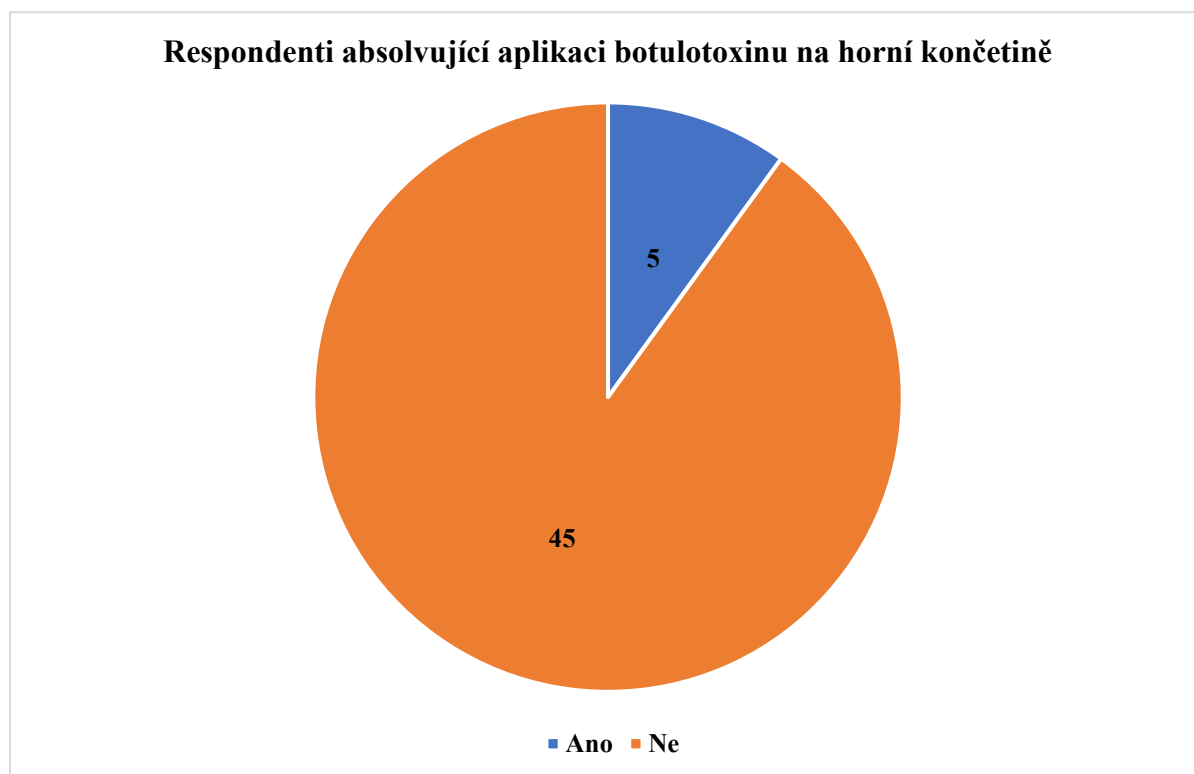
* uvedena absolutní četnost

** odpovědělo 5 respondentů

Dokupované kompenzační pomůcky	Počet kusů
JAS dlaha	1
Saebo dlaha	1
Madla	1
Elektrický vozík	1
Závěs na horní končetinu	1

34. Máte po aplikaci botulotoxinu na horní končetině?

* uvedena absolutní četnost



34. A) Pokud máte po aplikaci botulotoxinu na horní končetině, ukázali vám cviky na domácí cvičení?

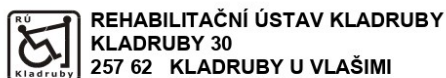
Odpověď: Všichni pacienti (5 respondentů), kteří absolvovali aplikaci botulotoxinu na horní končetině byly zaučeni na domácí cvičení.

34. B) V jakém zařízení vám byl aplikován botulotoxin na horní končetinu?

* uvedena absolutní četnost

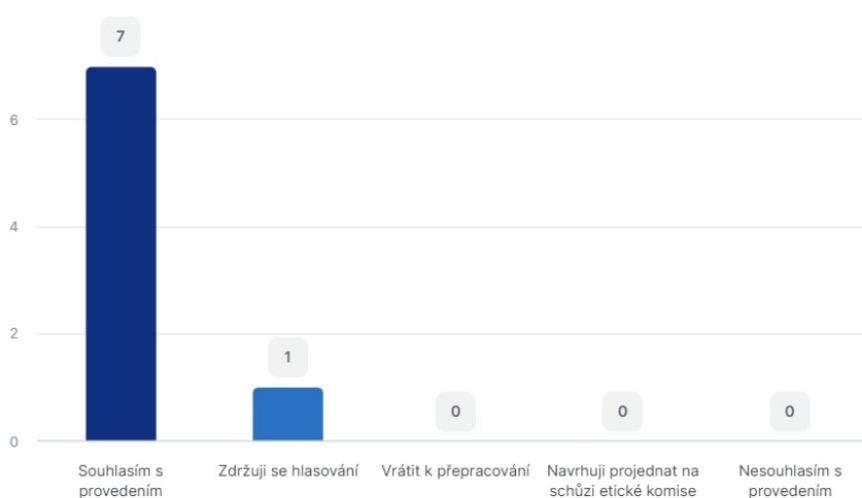
Místo aplikace botulotoxinu na horní končetinu	Počet respondentů po aplikaci v daném zařízení
Nemocnice Pelhřimov	1
Fakultní nemocnice v Motole	1
Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně	1
Fakultní nemocnice Plzeň	1
Ústřední vojenská nemocnice Praha (ÚVN)	1

Příloha 7 Vyjádření Etické komise v RÚ Kladruby (Kladruby, 2023)



Hlasování Etické komise RÚ Kladruby, Dostupnost ergoterapeutické péče po ukončení ústavní hospitalizace u pacientů po získaném poškození mozku, žadatelka Novotná Barbora, EK 23/2

1. 1. Vyjádření k žádosti výzkumného projektu/závěrečné práce



2. 2. Uveďte důvody nesouhlasu, poznámky k přepracování či důvod zdržení se hlasování

ODPOVĚĎ	RESPONZÍ	PODÍL
	7	87.5%
Zdržuji se pro střet zájmu.	1	12.5%

Komentář k výsledkům:

Hlasování EK RÚ pro žádost 23/2, Dostupnost ergoterapeutické péče po ukončení ústavní hospitalizace u pacientů po získaném poškození mozku, žadatelka Novotná Barbora, bylo ukončeno dne 31.3.2023 bez uvedení poznámek k přepracování. Bylo udělen souhlas s provedením projektu.

Za správnost PhDr. Kristýna Hoideková, Ph.D., vedoucí Etické komise RÚ Kladruby, 12.04.2023

Příloha 8 Seznam ergoterapeutických ambulancí pro dospělé se smluvními poskytovateli zdravotních služeb v ČR (vlastní zpracování)

SEZNAM ERGOTERAPEUTICKÝCH AMBULANCÍ PRO DOSPĚLÉ SE SMLUVNÍMI POSKYTOVATELI ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB V ČR

KRAJ	MĚSTO	NÁZEV ZAŘÍZENÍ	POJIŠŤOVNA
Jihočeský kraj	České Budějovice	Nemocnice České Budějovice, a.s.	VZP,VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Jihočeský kraj	Jindřichův Hradec	Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.	VZP,VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Jihomoravský kraj	Brno	IC klinika Brno s.r.o.	VZP,ZPMVCR
Jihomoravský kraj	Brno	Centrum Kociánka	VZP, VoZP, ZPMVCR, RBP, OZP, ČPZP
Jihomoravský kraj	Brno	Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně	VZP, VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Jihomoravský kraj	Brno	Soukromá klinika LOGO s.r.o.	VZP,VoZP,ZPMVCR, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Jihomoravský kraj	Ivančice	Nemocnice Ivančice, příspěvková organizace	VZP,VoZP, RBP, OZP, ČPZP
Karlovarský kraj	Ostrov	Nemocnice Ostrov	VZP,VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Karlovarský kraj	Sokolov	Nemocnice Sokolov	VZP,VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Královéhradecký kraj	Hradec Králové	Rehabilitační klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové	VZP,VoZP,ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Liberecký kraj	Liberec	Krajská nemocnice Liberec, a.s.	VZP,VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Liberecký kraj	Liberec	Sarema Liberec s.r.o.	VZP,VoZP,ZPMVCR, OZP
Moravskoslezský kraj	Bílovec	Bílovická nemocnice, a.s.	VZP
Moravskoslezský kraj	Bohumín	Centrum rehabilitační péče s.r.o.	RBP, OZP
Moravskoslezský kraj	Bruntál	Neurofyz Bruntál	ZPMVCR
Moravskoslezský kraj	Český Těšín	Nemocnice AGEL v Českém Těšíně a.s	VZP, VoZP, RBP, OZP, ČPZP
Moravskoslezský kraj	Frýdek-Místek	Nemocnice ve Frýdku-Místku, příspěvková organizace	VZP,VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Moravskoslezský kraj	Havířov	Nemocnice Havířov, příspěvková organizace	VZP,VoZP,ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Moravskoslezský kraj	Havířov	FitKlinik s.r.o.	RBP
Moravskoslezský kraj	Karviná	Nemocnice Karviná - Ráj, příspěvková organizace	VZP,VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Moravskoslezský kraj	Karviná	Karvinská hornická nemocnice a.s.	VZP, ČPZP
Moravskoslezský kraj	Kopřivnice	THERÁPON 98, a.s.	VZP, ZPMVCR, RBP
Moravskoslezský kraj	Kravaře	Rehabilitace Níké s.r.o.	VZP,VoZP, RBP, ČPZP
Moravskoslezský kraj	Nový Jičín	Nemocnice AGEL Nový Jičín a.s.	VZP,VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP

Moravskoslezský kraj	Nový Jičín	Rehabilitační centrum MUDr. Josef Pech s.r.o.	VZP,VoZP,ZPMVCR, RBP, OZP, ČPZP
Moravskoslezský kraj	Odry	Mětská nemocnice v Odrách, p.o.	VZP, VoZP, RBP, OZP, ČPZP
Moravskoslezský kraj	Opava	Slezská nemocnice v Opavě, p.o.	VZP,VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Moravskoslezský kraj	Opava	Psychiatrická nemocnice v Opavě	VZP, VoZP, RBP, OZP, ČPZP
Moravskoslezský kraj	Ostrava	Městská nemocnice Ostrava, příspěvková organizace	VZP,VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Moravskoslezský kraj	Ostrava	Fakultní nemocnice v Ostravě	VZP,VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Moravskoslezský kraj	Ostrava	AGEL hornická poliklinika s.r.o.	VZP, VoZP,ZPMVCR, RBP, OZP, ČPZP
Moravskoslezský kraj	Ostrava-Vítkovice	Nemocnice AGEL Ostrava-Vítkovice a.s.	VZP,VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Moravskoslezský kraj	Třinec	Nemocnice Třinec, příspěvková organizace	VZP,VoZP, RBP, OZP, ČPZP
Moravskoslezský kraj	Karviná	Nemocnice Karviná-Ráj, pracoviště Orlová	ZPŠ, RBP
Moravskoslezský kraj	Kopřivnice	Rehabilitační centrum Kopřivnice, s.r.o.	ČPZP
Olomoucký kraj	Lipník nad Bečvou	Nemocnice Hranice a.s.- ergoterapie prováděna v Lipníku nad Bečvou	VZP, VoZP, ZPŠ, RBP, OZP
Olomoucký kraj	Olomouc	Fakultní nemocnice Olomouc	VZP,VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Olomoucký kraj	Olomouc	Vojenská nemocnice Olomouc	VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Olomoucký kraj	Prostějov	AGEL středomoravská nemocniční a.s.	VZP,VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Pardubický kraj	Česká Třebová	Sdružené ambulantní zařízení spol. s.r.o.	VZP, VoZP, ZPŠ, OZP
Pardubický kraj	Lanškroun	Sdružené ambulantní zařízení spol. s.r.o.	VZP, VoZP, ZPŠ, OZP
Pardubický kraj	Pardubice	Nemocnice Pardubického kraje a.s. - Pardubice	VZP, VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Pardubický kraj	Ústí nad Orlicí	Nemocnice Pardubického kraje a.s. - Orlekoústvecká nemocnice	VZP,VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Plzeňský kraj	Zbůch	Centrum pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch	ZPMVCR
Hlavní město Praha	Praha	Centrum psychosomatické rehabilitace – Psychiatrická nemocnice Bohnice	VZP,VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Hlavní město Praha	Praha	MEDITERRA, s.r.o. – Rehabilitační klinika Malvazinky	VZP, ZPŠ, OZP, ČPZP
Hlavní město Praha	Praha	Klinika rehabilitačního lékařství VFN a 1. LF UK	VoZP,ZPŠ, RBP, OZP, VZP, ČPZP
Hlavní město Praha	Praha	Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze	VZP, VoZP, ČPZP
Hlavní město Praha	Praha	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady	VZP,VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Hlavní město Praha	Praha	Fakultní Thomayerova nemocnice	VZP,VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Hlavní město Praha	Praha	Fakultní nemocnice v Motole	VZP, VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Hlavní město Praha	Praha	Nemocnice na Homolce	VZP, VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Hlavní město Praha	Praha	Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha	VZP,VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Hlavní město Praha	Praha	Institut sportovního lékařství a.s.	ZPMVCR, ZPŠ, RBP, OZP
Středočeský kraj	Beroun	JESSENIA a.s. - Rehabilitační nemocnice Beroun	VZP,VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Středočeský kraj	Kladno	Oblastní nemocnice Kladno, a.s.	VZP,VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Středočeský kraj	Kladruby	Rehabilitační ústav Kladruby	VZP,VoZP, ZPŠ, RBP, OZP
Středočeský kraj	Mladá Boleslav	Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s.	VZP,VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP

Středočeský kraj	Nová Ves pod Pleší	Nemocnice Na Pleši s.r.o.	VZP,VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Středočeský kraj	Příbram	Oblastní nemocnice Příbram, a.s.	VZP,VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Středočeský kraj	Říčany	Nemocnice AGEL Říčany a.s.	VZP,VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Ústecký kraj	Roudnice nad Labem	Logopedix, s.r.o.	VoZP,ZPMVCR, OZP
Ústecký kraj	Ústí nad Labem	Krajská zdravotní, a.s. - Masarykova nemocnice Ústí nad Labem, o.z.	VZP, VoZP, ZPŠ, OZP, ČPZP
Zlínský kraj	Kroměříž	Kroměřížská nemocnice a.s.	VZP,VoZP, RBP, ČPZP
Zlínský kraj	Uherské Hradiště	Uherskohradištská nemocnice a.s.	VZP,VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP
Zlínský kraj	Zlín	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.	VZP,VoZP, ZPŠ, RBP, OZP, ČPZP