

2
2010

INFORMAČNÍ BULLETIN ČAE



ISSN 1804-1558



Informační Bulletin ČAE

ISSN 1804-1558

Vydavatel: Česká asociace ergoterapeutů, Kloboučnická 1627/7, Praha 4, 140 00

Tel.: (+420) 733 226 725, (+420) 733 226 724

www.ergoterapie.cz

info@ergoterapie.org, bulletin.cae@seznam.cz

Redakční rada: Mgr. Jana Jelínková, PaedDr. Eva Matějčková, Bc. Anna Jersáková, Mgr. Kateřina Svěčená

Grafická úprava: Pavel Cindr

Česká asociace ergoterapeutů vydává 2x ročně informační bulletin, který informuje o novinkách v oboru, uvádí zprávy z jednání výboru ČAE a poskytuje informace o plánovaných i již proběhlých akcích, kurzech a seminářích.

E-mail pro zasílání Vašich příspěvků a připomínek: bulletin.cae@seznam.cz

Termíny uzávěrek v roce 2010:

30. dubna, 30. října

Obsah

I. ÚVODNÍ SLOVO	3
II. INFORMACE Z VÝBORU ČAE	4
Zápis z jednání výboru ČAE	4
Mimořádné zasedání valné hromady ČAE	5
Světový den ergoterapie	5
Ze světa: Zemřel Gary Kielhofner	6
III. INFORMACE Z ENOTHE	9
Novinky ze 16. ENOTHE meetingu	9
IV. ODBORNÁ ČÁST	11
Analýza potřeb	11
PaedDr. Eva Matějčíková	
Pracovní rehabilitace	
– podpora zaměstnanosti osob se zdravotním postižením (disabilitou)	12
Jitka Bienertová	
Posuzování osob závislých na pomoci druhé osoby	14
Mgr. Petra Formánková	
Hiporehabilitace	16
Ing., Bc. Vanda Casková	
CEREBRUM pomáhá zpět do života	17
Martin Kende	
Světový kongres neurorehabilitace, Vídeň 21.–25. 3. 2010	18
Marie Vítková	
V. STUDENTSKÁ SEKCE	20
Interprofessional learning	20
Bc. Olga Nováková	

Příspěvky neprošly jazykovou ani obsahovou korekturou. Redakční rada a vydavatel nenesou odpovědnost za údaje a názory autorů jednotlivých příspěvků.

I. ÚVODNÍ SLOVO

Vážení a milí,

jak se nám krátí dny a prodlužují noci, stále více si uvědomujeme, že se rok 2010 blíží do finále. Do hektického času předvánočního však ještě zbývá nějaký čas a my jsme pro jeho vyplnění pro Vás připravili další číslo Informačního Bulletinu ČAE.

Doufáme, že si najdete čas při šálku dobrého čaje nebo jiného lahodného moku, na jeho pročtení. V tomto čísle Vás seznámíme s tím, co se ve Vaší profesní organizaci událo a co v poslední době též zarmoutilo ergoterapeutický svět. Přiblížíme oslavy Světového dne ergoterapie u nás i ve světě a samozřejmě na Vás čekají zajímavé články.

Informační bulletin ČAE připravujeme pro Vás. Chceme Vás informovat o všem novém a zajímavém, co se našeho oboru týká. Pro zpřístupnění informací širšímu okruhu čtenářů jsme se rozhodli, že bulletin bude na webu ČAE volně ke stažení. Doufáme, že i díky tomu se zvýší Váš zájem o publikování v bulletinu a pro obor ergoterapie to bude příležitost k další propagaci. I nadále vítáme všechny příspěvky, články, komentáře a názory. Abychom mohly pokračovat ve vydávání bulletinu i v příštím roce, potřebujeme zprávy a impulzy od Vás. Pište nám, co Vás zajímá, co se u Vás zajímavého děje nebo co Vás trápí a komplikuje práci. Je důležité sdílet s ostatními členy profese své vize i obavy a nechat se inspirovat příkladem druhých. Náš obor stále potřebuje zviditelnění a správné informování laické i odborné veřejnosti o našem potenciálu. Jsme to jen my, ergoterapeuti, kteří to mohou udělat. Bohužel, i díky malé angažovanosti nás samých, nám dělají špatnou reklamu někteří zástupci jiných profesí. Ergoterapie se stává atraktivní, především v oblasti sociálních služeb, a narůstá nabídka vzdělávacích akcí, které vedou nekvalifikovaní pracovníci. Z toho i plyne úroveň těchto akcí a hlavně nesprávné šíření povědomí o tom, co to ergoterapie je. Do budoucna se domníváme, že nám to může velmi zkomplikovat práci a proto apelujeme i na Vás, abychom společně obdobným tendencím čelili. Nejlepším způsobem je více o své práci a úspěších seznamovat okolí. Publikováním článků, přednáškami, informačními nástěnkami na pracovišti nebo připojením se k oslavám Světového dne ergoterapie či iniciativám Vaší profesní organizace. Možnosti jsou mnohé a záleží jen na Vaší volbě a dispozicích.

Jelikož do konce roku neplánujeme větší vzdělávací akci, na které by byla příležitost se s Vámi vidět, dovolte mi alespoň prostřednictvím Bulletinu popřát poklidný adventní čas a příjemné vánoční svátky v kruhu blízkých. Těšíme se na setkání s Vámi v roce 2011.

Za celou redakční radu

*Jana Jelínková,
Prezidentka ČAE*

II. INFORMACE Z VÝBORU ČAE

Zápis ze zasedání výboru ČAE dne 21. 10. 2010

Přítomní: Jana Jelínková, Anna Jersáková, Kateřina Macků, Eva Matějčíková, Jana Matochová, Kateřina Svěčená, Šárka Svobodová, Kateřina Šuláková, Zuzana Rodová

Omluveni: Doubravka Koubková, Kristýna Kölbllová, Marcela Kryski, Olga Nováková, Lída Šajtarová

Program zasedání:

1. Světový den ergoterapie – příprava propagace tohoto pro ergoterapii významného dne v České republice. Organizace semináře a společného setkání ergoterapeutů pořádaného k příležitosti dne ergoterapie dne 27.10. 2010 v Čajovně V Síti v Praze.

2. Konference Psychopedické společnosti v roce 2011 – E. Matějčíková informovala výbor o plánované konferenci Psychopedické společnosti v roce 2011, která by měla být věnována ergoterapii. ČAE se bude podílet na přípravě programu a oslovení přednášejících. Důvodem zapojení ČAE do přípravy programu je skutečnost, že též psychopedi (speciální pedagogové se zaměřením na vzdělávání osob s mentálním postižením) používají termín ergoterapie, ale nemají jej terminologicky přesně definován. Touto cestou by ČAE chtěla navázat s Psychopedickou společností jednání, vyjasnit si vzájemně zaměření obou oborů a nastínění možností případné spolupráce.

3. Rozšířený výbor se rozrostl o další členku – Bc. Šárka Svobodová přijala nabídku ke spolupráci v rozšířeném výboru ČAE.

4. Potíže v nasmlouvání ergoterapeutických výkonů – Jana Jelínková sdělila, že ČAE obdržela od nestátního zdravotnického zařízení ALKA informaci o odmítavém stanovisku VZP k nasmlouvání ergoterapeutických výkonů. Ačkoli zařízení zaměstnává kvalifikovaného ergoterapeuta, úspěšně prošlo výběrovým řízením a splňuje veškeré náležitosti k uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou, nedošlo v tomto roce k nasmlouvání ergoterapeutických výkonů. ČAE zatím žádné stanovisko k této kauze VZP neodeslala, jelikož se zařízení odvolalo proti vyjádření a zatím nebyla ČAE zpravena o výsledku odvolání. Pokud však ČAE obdrží od některého zařízení zaměstnávající kvalifikovaného ergoterapeuta informaci, že bylo neprávem diskriminováno zdravotní pojišťovnou, bude v rámci

svých pravomocí a možností vystupovat v zájmu oboru a jeho členů.

5. Informace z COTEC – Jana Matochová získala pro delegáta ČAE od COTEC finanční podporu na krytí nákladů spojených s účastí na pracovních setkání COTEC v roce 2011.

6. Ergoterapeutická terminologie – připravený český překlad ergoterapeutické terminologie bude po zapracování připomínek odeslán k uveřejnění na webových stránkách ENOTHE a ke stažení na webových stránkách ČAE.

7. Bulletin – 30.10. je uzávěrka čísla, podklady pro redakční radu a následnou grafickou úpravu připraví Jana Jelínková. Výbor ČAE rozhodl, že Bulletin bude nadále zpřístupněn veřejnosti na webu ČAE.

8. Sídlo ČAE – stanovisko děkana 1.LF UK v Praze vede výbor k rozhodnutí změnit sídlo ČAE. Výbor rozhodl, že sídlo bude přeloženo na adresu Kloboučnická 1627/7, Praha 4. Za účelem schválení tohoto rozhodnutí byla svolána mimořádná Valná hromada na 27.10. 2010 od 17:30. Agendu spojenou se změnou sídla zajistí Anna Jersáková.

9. Propagace profese v roce 2011 – výbor diskutoval možnosti propagace ergoterapie na různých akcích v roce 2011. Rádi bychom se zúčastnili např. Sestrafestu, propagaci neziskových organizací, více využili možností propagace profese v masmédiích, účast zástupců na konferencích COTEC, ENOTHE a konferencích spolupracujících profesí, např. Rehabilitační a fyzikální medicíny, Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ČAE se pokusí požádat nadace či grantové agentury o podporu publikační aktivity směřované na některou z cílovou skupin našich klientů. Zapojení ČAE do oslav Světového dne ergoterapie v České republice v roce 2011.

10. Konference ČAE v roce 2011 – proběhla diskuze na téma místa uspořádání konference v roce 2011, nabídka Kliniky rehabilitačního lékařství v Praze je momentálně nevýhodná, zvažujeme prostory Pedagogické fakulty UK v Praze nebo prostory Městské knihovny v Praze. Dále se opakovaně objevují návrhy na uspořádání konference mimo Prahu, např. Martina Blažková nabízí spolupráci při uspořádání konference v Hejnicích (včetně ubytování) a Eva Matějčíková informovala o prostorách k pořádání konference za výhodnou cenu s možností full-servis (ubytování,

konferenční prostory, občerstvení, wellness, etc.). Předběžný termín konání konference je zamýšlen na červen 2011.

11. Informační materiály pro pacienty na web – výbor oslovil vedoucí studia ergoterapie na 1. LF UK v Praze Mgr. Katku Svěcenou ke spolupráci na vypracování informačních materiálů o činnostech ergoterapeuta u jednotlivých onemocnění či pro cílové skupiny klientů ve spolupráci se studenty ergoterapie. Budeme rádi, pokud se ke spolupráci přihlásí i další vysoké školy zajišťující studijní program ergoterapie.

12. Stanovisko ČAE ke členství v nově vznikající Koalici nelékařů – Výbor souhlasí se společnou spoluprací s ostatními nelékařskými zdravotnickými profesemi a v rámci svých možností se na nich chceme podílet, např.: podpořil otevřený dopis ministru zdravotnictví. Ale domníváme se, že vytvoření Národní koalice nelékařů není pro společný postup nezbytné a v současné době nabídku členství nepřijímáme.

13. Změna poskytovatele e-mailové schránky a úpravy na webu – poskytovatel e-mailové schránky změněn na GMAIL.COM, adresa webu zůstane info@ergoterapie.org, dále bude možné využívat info@ergoterapie.cz a výhledově také jiné adresy. Pro ČAE se jedná o finančně úspornější variantu.

14. Příští setkání výboru ČAE je předběžně naplánováno na 9.12. 2010.

Zapsala: Jana Matochová, Jana Jelínková

Mimořádné zasedání valné hromady ČAE

Výbor ČAE svolal na 27. 10. 2010 mimořádné zasedání valné hromady ČAE, které se konalo v Čajovně V Síti, Jana Masaryka 46, Praha 2. Na programu jednání bylo projednání změny sídla profesní organizace ČAE. Členové byli o mimořádné valné hromadě informováni prostřednictvím webových stránek a elektronickou poštou.

Mimořádné valné hromady se účastnilo 19 členů ČAE. Všichni přítomní členové odsouhlasili změnu sídla profesní organizace.

Z nynějšího adresy ČAE (Praha 2, Albertov 7, 128 00) bude sídlo přesunuto na adresu **Praha 4, Kloboučnická 1627/7, 140 00**. Veškeré formální náležitosti s tím spojené zajistí sekretářka a pokladní ČAE, Bc. Anna Jersáková.

Zapsala: Anna Jersáková

Světový den ergoterapie

Světová federace ergoterapeutů (World federation of Occupational Therapists, www.wfot.org) **ustanovila 27. říjen Světovým dnem ergoterapie**. V tento den ergoterapeuti celosvětově pořádají rozmanité akce, jejichž smyslem je zviditelnit profesi a informovat širokou veřejnost o tom, jak může být ergoterapeut prospěšný osobám se zdravotním postižením, seniorům, dětem se speciálními potřebami a jejich rodinám.

Forma sdělení je plně v rukách každého ergoterapeuta. Někde ergoterapeuti oblékají trička národní asociace, jinde napečou koláče a obcházejí s nimi oddělení. Česká asociace ergoterapeutů by byla velmi ráda, kdyby se i tento zvyk více vžil do povědomí ergoterapeutů v celé České republice a proto vyzvala své členy a zástupce jednotlivých ergoterapeutických škol, aby využili příležitost k propagaci profese na svém pracovišti, ve škole nebo místní komunitě.

Bohužel, v době uzávěrky tohoto čísla jsme od Vás neobdrželi žádné informace o tom, s jakými ohlasy proběhly oslavy na Vašem pracovišti. Každopádně budeme rádi, pokud nám zašlete i zpětně krátkou zprávu či fotodokumentaci z oslav. S Vaším souhlasem rádi uveřejníme sdělení na webových stránkách ČAE, kde může posloužit dalším ergoterapeutům jako inspirace pro příští rok.

Česká asociace ergoterapeutů se prvně ve své historii připojila k oslavě Světového dne ergoterapie a u příležitosti tohoto dne uspořádala v Praze **seminář pro ergoterapeuty**, studenty ergoterapie a ostatní zájemce o obor. Téma semináře bylo **Kreativní techniky ve světě ergoterapie**.

Seminář vedla kolegyně Zuzana Rodová, která účastníky seznámila s myšlenkami Jennifer Creek (*ergoterapeutka, její oblasti zájmu je ergoterapie v psychiatrii a využití kreativních technik v ergoterapii. Více jak 20 let píše a přednáší o teorii ergoterapie a ergoterapeutické*



Obr. 1



Obr. 2



Obr. 5



Obr. 3

terminologii, a od roku 2003 působí v pracovní skupině ENOTHE zabývající se sjednocením ergoterapeutické terminologie, pozn. autora).

Seminář byl zahájen výrobou jednoduché, ale o to nápaditější, papírové dekorace, do které se ochotně zapojili všichni účastníci (viz obr. č. 1, obr. č. 2, obr. č. 3). Následovala diskuse nad důvody

a pohledy na **analýzu aktivity v ergoterapii a využití kreativních technik coby terapeutického prostředí v ergoterapii**. Prostor byl věnován především obrodě využívání kreativních technik jak v ergoterapii, tak jejich narůstající oblibě i v rámci volnočasových aktivit v širší populaci (např. oblíbené kurzy vaření, založení klubů plečení u žen ve Velké Británii).

Seminář byl interaktivní, účastníci se aktivně zapojovali do diskusí a díky útulnému prostředí čajovny se podařilo vytvořit příjemnou a tvůrčí atmosféru, kterou si

podle mě oslava dne ergoterapie zaslouží (viz obr. č. 4, obr. č. 5). Na tomto místě bych ráda poděkovala provozovateli Čajovny V Síti, který nám umožnil uskutečnit seminář v prostorách čajovny bezplatně. Díky tomu bylo možné zrealizovat seminář pro účastníky zdarma. Poděkování si zaslouží i lektorka, Zuzana Rodová, která erudovaně a přitom velmi mile přinesla zajímavé téma k zamyšlení a velmi dobře aktivovala účastníky ke spolupráci; též bez nároku na honorář.

Za sebe mohu dodat, že se mi seminář velmi líbil a doufám, že v tradici oslav světového dne ergoterapie bude Česká asociace ergoterapeutů pokračovat i v dalších letech a že obdobná formálně neformální setkání ergoterapeutů bude moci zrealizovat častěji.

Zapsala: Jana Jelínková

Ze světa:

Zemřel Gary Kielhofner (1949–2010)



Dr. Gary Kielhofner zemřel ve věku 61 let ve čtvrtek, 2. září 2010, v Mercy Hospital v Chicagu po krátkém souboji s rakovinou.

Gary Kielhofner byl odborník mnoha dovedností. Absolvoval bakalářské studium psychologie na St. Louis University. V roce 1975 získal magisterský titul v ergoterapii na University of Southern California a následně



Obr. 4

doktorský titul na University of California, Los Angeles. Již jako doktorand začal pracovat na tvorbě svého Modelu lidského zaměstnávání, Model of Human Occupation, MOHO.

V roce 1986 se přestěhoval do Chicaga. Stal se vedoucím ergoterapeutického oddělení University of Illinois, Chicago, kde pracoval po 20 let. Zasloužil se též o otevření doktorského studia, PhD., v Disability Studies na University of Illinois a podílel se tamtéž na vzniku doktorského studia Ergoterapie.

Dr. Kielhofner byl velmi produktivní autor. Jeho první kniha byla vydána v roce 1983 a od té doby publikoval 19 knih a více než 140 článků v odborných časopisech. Spolu se svým týmem studentů a kolegů je autorem 13 hodnocení, která jsou používána na celém světě ve všech oblastech ergoterapeutické praxe. Za svou práci získal mnohá národní i mezinárodní vyznamenání a ocenění.

Jedním z jeho významných počinů v oblasti teorie ergoterapie bylo publikování Modelu lidského zaměstnávání. Od jeho uveřejnění v roce 1980 ve spolupráci s ergoterapeuty na celém světě, kteří jej aplikovali v praxi, na něm neustále systematicky pracoval. Podoba tohoto modelu dnes reflektuje názory, výzkumy a úsilí velkého množství ergoterapeutů. Díky tomu se Model lidského zaměstnávání stal jedním z vedoucích teorií ergoterapeutické praxe celosvětově.

Model byl dotvářen téměř tři desetiletí. Jeho zdokonalování vedlo k jasnějšímu a přesnějšímu vysvětlení, jak jednotlivé subsystemy modelu ve vztahu k prostředí navzájem ovlivňují to, co člověk v běžném životě vykonává. Dále proč dochází k problémům v provádění činností v případě chronických onemocnění nebo vzniku disability a kdy faktory prostředí zasahují či narušují provádění činnosti.

Pro koho a kde je možné MOHO aplikovat v praxi?

MOHO je určen pro použití u jakékoli osoby, která má problémy v provádění činností a je navržen tak, aby byl použitelný napříč věkovými skupinami. Např. MOHO se uplatňuje u tak odlišných skupin jako jsou dospělé osoby s chronickou bolestí, senioři s demencí, osoby s onemocněním AIDS a dospívající s mentálním postižením. Taktéž byl používán v situacích, které řeší problémy jak dětí, tak dospělých bez domova (homeless), u vojáků s válečnými zraněními a obětí války nebo osob, kteří byli postiženi sociálním bezprávím (social injustice).

Taktéž je MOHO používán v různých oblastech praxe, např. nemocnicích, ambulancích zdravotnických zařízení, zařízeních pro seniory, rehabilitačních programech, zařízeních následné péče, pracovních programech, věznicích a v komunitních programech.

V krátkosti se pokusíme níže model představit.

Gary Kielhofner a jeho model lidského zaměstnávání

Jana Jelínková

Kontakt: jelinkova@btinternet.com

Model lidského zaměstnávání (*Model of Human Occupation, MOHO*) je považován za jeden z prvních modelů založených na zaměstnávání, který vytvořil pojem pro interaktivní a cyklický charakter interakcí mezi člověkem s prostředím. Začleňuje původní pojetí modelu Mary Reilly, který byl zaměřen na chování související v prováděním činností (*occupational behavior*), a systémovou teorii, která popisuje, jak lidský systém vzájemně reaguje s různými součástmi prostředí, které ovlivňují výkon zaměstnávání (Cole, Tufano, 2008). Model čerpá též z poznatků tzv. egopsychologie, která se zabývá studiem lidských potřeb a motivů, dále sociologie, sociální psychologie a antropologie.

Autorem Modelu lidského zaměstnávání je Gary Kielhofner, který jej vytvořil v roce 1975 jako svou magisterskou práci, nicméně prvně byl model publikován v roce 1980. Model je holistický, na klienta zaměřený, protože vyjadřuje důležitost subjektivního pohledu osoby na zaměstnávání každodenního života. MOHO se pokouší vysvětlit komplexnost každého člověka a úlohu prostředí na provádění aktivit v průběhu života.

Model se zabývá motivací k jednání, vzory zaměstnávání, subjektivní dimenzí výkonu a vlivem prostředí na zaměstnávání (Kielhofner, 2004). Jednání související s výkonem zaměstnávání je výstupem dynamického procesu, který nás pomáhá formovat a organizovat jako lidskou bytost. Model lidského zaměstnávání zdůrazňuje, že „prostřednictvím terapie se lidem pomáhá zapojit se do zaměstnávání, které udržují, obnovují, reorganizují nebo rozvíjejí jejich schopnosti, motivy a životní styl. Prostřednictvím zapojení do terapeutických zaměstnávání osoba sama sebe přetváří do více přizpůsobivé a zdravé bytosti“ (Kielhofner, Barrett, 1997 in Cole, Tufano, 2008, str. 95).

Lidské zaměstnávání je popsáno jako provádění pracovních, herních nebo běžných denních činností v časovém, fyzickém a sociálním kontextu. Model vnímá osobu jako vzájemné propojení třech částí:

- vůle, která je motivací k zaměstnávání
- zvyků, které odkazují na proces, jak je zaměstnávání organizováno do schémat nebo obvyklých postupů (rutiny)
- kapacity výkonu, která zahrnuje fyzické a duševní schopnosti a zkušenosti, které souvisejí s požadovaným výkonem zaměstnávání. Tento subsystem je také nazýván výkon mysl-mozek-tělo.

Součásti modelu

Dvěma hlavními koncepty modelu jsou osoba a prostředí. Člověk je otevřený systém založený na třech interaktivních subsystémech: 1. vůle (*volition subsystem*), 2. zvyků/ zvyklostí (*habituation subsystem*) a 3. výkonu mysl-mozek-tělo (*mind-brain-body performace subsystem*). Otevřený systém modelu ukazuje vzájemnou závislost různých faktorů, které ovlivňují motivace, chování a výkon zaměstnávání osoby. Každý ze subsystémů je dále členěn do částí. Přičemž model zdůrazňuje, že (Kielhofner, 2004):

- zaměstnávání je dynamické a závislé na kontextu prostředí
- lidé se utvářejí podle toho, co dělají

Model pojímá provádění zaměstnávání ve třech rovinách:

- *participace* – zapojení do pracovních, herních nebo běžných denních aktivit, které jsou součástí sociokulturního prostředí a jsou požadovány nebo nezbytné pro osobní pohodu (př. placené zaměstnání, koníčky, vzdělávání se)
- *výkon zaměstnávání* – vykonávání specifického druhu činnosti (př. upečení koláče, venčení psa, vytírání podlahy). Každá z oblastí participace je tvořena souborem výkonů.
- *dovednosti* – cílené jednání či kroky, které lidé využívají při výkonu zaměstnávání (př. motorické, procesní, komunikační a interakční dovednosti).

Díky svému širokému zaměření je model široce využíván v praxi, je podložen četnými výzkumy a stal se podkladem pro řadu hodnotících nástrojů. Jako příklad je možné uvést *Assessment of Motor and Process Skills* (Asher, 1996, Fischer, 1999), *Role checklist* (Asher, 1996, des las Heras, 1993), *Occupational Questionnaire* (Asher, 1996, Smith, Kielhofner, Watts, 1986), *Walker Role Interview* (Asher, 1996) a *Occupational Performance History Interview* (Kielhofner, Mallison, Crawford a kol, 1982).

(V článku čerpáno z Jelínková, J., Krivošíková, M., Šajtarová, L.: Ergoterapie. Praha: Portál, 2009, literatura citovaná v článku je dostupná u autorky.)

Návod, jak je možné porozumět MOHO

Čerpáno z: <http://www.moho.uic.edu/othermohorelatedsrcs.html>

1. Jak si klient „volí, vybírá“ své pracovní, herní, ADL činnosti?

Klienta motivuje při výběru:

- když je přesvědčen, že je schopen díky svým schopnostem činnost provést (*pocit výkonnosti a vlastní efektivnosti*)
- když je přesvědčen o důležitosti, smysluplnosti a významnosti činnosti (*hodnoty*)
- když jde o činnosti, které rád dělá (*zájmy*)

2. Co vede klienta k „organizaci, uspořádání“ jeho pracovních, herních, ADL činností?

Klient je veden:

- svými zažitými, obvyklými postupy, rodinnými zvyklostmi (*zvyky, návyky*)
- svou představou o sobě a tím, co by v této roli měl dělat nebo tím, co se od něj očekává, že bude dělat (*role*)

3. Co umožňuje klientovi „vykonávat, provádět“ pracovní, herní, ADL činnosti?

- muskuloskeletální, neurologické, kardiopulmonální a další tělesné systémy (*fyzické součásti*)
- paměť (*psychické součásti*)
- jeho vlastní interpretace

4. Usnadňuje/nutí „prostředí“ klienta k provádění pracovních, herních, ADL činností?

Jak klient provádí/ jedná/ koná je také ovlivněno:

- fyzickým prostředím (přírodní a člověkem vytvořené prostory, klima, roční období apod.)
- určitými předměty, které klient používá
- zapojením do skupiny lidí, kteří se sdružují z různých formálních a neformálních důvodů
- konkrétními, jasně definovanými způsoby, jak v určité situaci jednat/ konat

III. INFORMACE Z ENOTHE

Novinky ze 16. ENOTHE meetingu

Zuzana Rodová, Olga Nováková

Klinika rehabilitačního lékařství, Albertov 7, Praha 2

zuzana.rodova@lf1.cuni.cz, olga.novakova2@vfn.cz

V rámci našeho příspěvku bychom vás chtěly stručně informovat o ergoterapeutických novinkách. Zúčastnily jsme se 16. Meetingu ENOTHE (European Network of Occupational Therapy in Higher Education – Evropská síť vzdělávání v ergoterapii), který se konal 14.–16. 10. 2010 ve Stockholmu ve Švédsku.

ENOTHE meetingy jsou složené z velmi zajímavých přednášek a workshopů, ale hlavním cílem je navazování kontaktů mezi jednotlivými učiteli, školami, studenty, což se děje převážně během pauz mezi jednotlivými programovými bloky a během společenských večerů. Jednotlivé školy tu mají šanci navázat další spolupráci, jako např. spolupráci na projektech, v rámci výměnného programu Erasmus Sokrates podpořit mobilitu studentů a učitelů, rozjednat nové bilaterální dohody mezi školami a další. Letošní program, včetně abstraktů můžete najít na www.enothe.hva.nl

Letošní rok byl věnován Evropskému roku boji proti chudobě a sociálnímu vyloučení. Více o tomto tématu se můžete dočíst v minulém čísle Informačního Bulletinu ČAE (1/2010).

Situace ergoterapie ve Švédsku

V současné době má Švédsko necelých 10 mil. obyvatel a pracuje zde 10 000 ergoterapeutů, 9700 je členy Švédské asociace ergoterapeutů. Z toho jsou 4 % muži.

Ve Švédsku je propracovaný zdravotnický, sociální i školský systém, který ergoterapeutům značně usnadňuje život. Ergoterapeutické vzdělání je na špičkové světové úrovni. Je tam 8 universit, kde se ergoterapie vyučuje. Celkově mají více než 120 PhD. studentů v ergoterapii a 10 profesorů ergoterapie. Po absolvování magisterského studia je možné studovat specializační vzdělání, které je ve Švédsku velmi prestižní záležitostí.

Trendy v Evropě

Pokusíme se stručně vyjmenovat aktuální trendy, co se týče situace ergoterapie v Evropě. Evidence Based Practice (EBP – praxe založená na důkazech) už se stává samozřejmostí ergoterapeutické praxe. Dále pokračuje rozvoj v nové vědní disciplíně Occupational Science (Věda o zaměstnávání), ve které ergoterapeuti spolupracují s mnoha dalšími profesemi, např. sociology.

Začal se používat termín „Occupational based Occupational Therapy“, jedná se o termín, který je lehce absurdní ve významu toho, že je nutné zdůrazňovat, co je náplní ergoterapie. To, že je hlavním cílem využívat smysluplné zaměstnávání (Meaningfull Occupation) a tímto upozornit na to, že někteří terapeuti se od tohoto odklonili.

Dále se rozvíjí ergoterapie v domácím prostředí a privátní ordinace ergoterapeutů.

Vzdělávání

Vzdělávání ergoterapeutů v Evropě prochází neustálým vývojem a změnami, které se snaží jít s dobou moderních výukových trendů, interaktivního způsobu učení, ne pouze pasivního přijímání a memorizace informací, které studenti většinou nejsou schopni aktivně použít a aplikovat bez předchozí zkušenosti. Studium ergoterapie na většině evropských škol, kde již výuka ergoterapie má svou tradici, je koncipováno ve formě modulů neboli výukových bloků, které provází určité klíčové téma (např. Activities of Daily Living and Participation; Somatic health and motor skills; Occupation and the health of elderly people; Play, learning and children's health; Scientific theory and research method aj), se kterým se studenti různými formami výuky seznamují. Nejčastěji je to forma Problem Based Learning neboli problémové učení, což je konstruktivistický pedagogický přístup založený na dlouhodobých, mezipředmětových a na studenta zaměřených aktivitách. Je kladen velký důraz na vzájemnou spolupráci studentů, studenti si musí velmi často sami organizovat svou práci a čas. Instrukce se odlišují od tradičního učitelem řízeného výukového procesu zejména svým důrazem na společné učení a také zaměřením na konečný výstup, který představuje a dokumentuje učební proces celého projektu. Výukové moduly mohou trvat např. 6–8 týdnů.

Dalším trendem současnosti je tzv. mezioborové vzdělávání (Interprofessional Learning). O jeho původu a současném uplatnění se můžete dočíst v dalším článku tohoto čísla, který je celý mezioborovému vzdělávání věnován.

Valná hromada

Každoročně na meetingu probíhá valná hromada. V současné době má ENOTHE 180 členů, jedná se o jednotlivé ergoterapeutické školy nebo profesní organizace. V letošním roce se postupně stěhovala kancelář ENOTHE z Amsterdamu do Kodaně, kde je její nové sídlo. Zároveň se budují nové webové stránky, které budou uživatelsky příjemnější než ty dosavadní (www.enothe.hva.nl).

Hanneke van Bruggen odstoupila ze své funkce exekutivního ředitele, z ENOTHE ale zcela neodchází, bude se dále věnovat rozvoji ergoterapeutického vzdělání ve Východní Evropě. V současné době usiluje o to, aby v Polsku vznikly první 4 ergoterapeutické školy na universitní úrovni (Bc.). Letošní rok promovaly první Bc. studenti

v Bulharsku. Dále se rozvíjí studium v Rumunsku a Gruzii.

Pokud vás tyto informace zaujaly, další 17. ENOTHE meeting se bude konat v listopadu 2011 v Gentu, v Belgii a bude věnován Evropskému roku dobrovolnictví.

IV. ODBORNÁ ČÁST

Analýza potřeb

PaedDr. Eva Matějčíková

evita@orofacial.cz

V minulém čísle Bulltenu jsme kolegy seznámili s evropským projektem zaměřeným na rozvoj matematických dovedností v každodenním životě u jedinců s Downovým syndromem. Dnes Vám přinášíme výsledky jak z analýzy potřeb na základě dotazníkového šetření, tak pohled na společné body při rozvoji matematických dovedností v oblasti Ergoterapie a Speciální pedagogiky.



Analýza potřeb

Na jaře roku 2010 byla v rámci projektu EU „Yes we can“ calculate – ano umíme počítat provedena studie s anglickým názvem „Analysis of Need“ („Analýza potřeb“), která mapovala potřeby osob s Downovým při jejich vzdělávání v oblasti výuky matematiky. Pod vedením univerzity v Kodani bylo dotazníkové šetření provedeno v Rakousku, České republice, Rumunsku, Německu, Itálii a Dánsku.

Základ výzkumu tvořil dotazník u pěti set respondentů, kteří byli jak z řad rodičů, tak i profesionálů majících vztah k osobám s Downovým syndromem s cílem zaměřit se nejen na jejich potřeby v matematice, ale i na zkvalitnění metod výuky. Studie tohoto typu nebyla zatím nikdy v minulosti realizována. Počáteční interpretace dat z „Analýzy potřeb“ se soustředila na výsledky globálně, na obecné trendy ve všech účastnických zemích... mezi situacemi každodenního života a matematickým chápáním.

Mnohé z výsledků jsou zcela jasné, u jiných je potřebná podrobnější analýza. V některých případech výsledky potvrdily asociativní myšlení umožňující překrývání zkušeností v oblasti verbální, pojmové a názorné... mezi situacemi každodenního života a matematickým chápáním. Je třeba dodat, že matematické dovednosti a schopnosti osob s Downovým syndromem jsou posuzovány rozdílně rodiči a odborníky, přesto však se shodli na nutnosti vypracovat spolehlivá doporučení ke zkvalitnění výuky matematiky u osob s Downovým syndromem.

Co má Ergoterapie, speciální pedagogika a matematika společné? Vytváření podmínek navozujících jedinci

s Downovým syndromem bližší vztah ke každodennímu životu. Tím i jeho vyšší motivaci věnovat se novému obsahu učiva se silnějším zaměřením jeho pozornosti. Jedná se především o oblasti zlepšení podmínek nácvičky a výuky každodenních individuálních potřeb a schopností jejich zabezpečení, zařazení do života ve společnosti jak na pracovišti, tak i ve volnočasových aktivitách. Mezi činnostmi, při kterých lze uplatňovat každodenní matematické dovednosti můžeme zařadit: Zacházení s penězi, orientace v čase (hodiny), užívání kalendáře, porozumění cenám zboží (drahé – levné), odhad váhy a množství při nakupování, používání mobilu, kalkulačky, orientace v prostoru při cestování, odhad délky, vzdálenosti.

Protože jedinci s Downovým syndromem vykazují různorodé výkonové profily, ergoterapie i speciální pedagogika uplatňují společný prvek: nejvyšší míru individuálního přístupu jak v oblastech komunikace, základních poznávacích schopností, motivace na základě pozitivních emocí, taktilně kinestetického a vestibulárního vnímání, při vnímání polohy těla a neverbální komunikaci/ gestikulaci, smyslovém vnímání, orientaci v prostoru a čase. Dále využívají společný prvek při rozvíjení a posílení paměťových dovedností, používání technických pomůcek, při rozvoji abstraktních schopností a schopností napodobování.

Ergoterapie a speciální pedagogika mohou využívat vstup do světa čísel a učení účastí osob s Downovým syndromem na volnočasových aktivitách prostřednictvím „koníčků“ ze světa filmu, sportu, hudby prostřednictvím nadšení a pozitivních emocí. Ergoterapie včasnou přípravou k vytváření reálných možností využitelných v každodenních, individuálních situacích u osob s Downovým syndromem může přispět ke kladnějšímu co možná nejméně problémovému přístupu v matematice.

Pracovní rehabilitace – podpora zaměstnanosti osob se zdravotním postižením (disabilitou)

Jitka Bienertová

Jihočeská universita v Českých Budějovicích

Jak kdysi řekl Menandros z Atén „**Nemocné tělo potřebuje lékaře, nemocná duše přítele,**“ tak v současné době bych jeho výrok doplnila slovy – **nezaměstnaný člověk práci.**

V dnešní době, na počátku třetího tisíciletí, i přes to, že se snažíme pomocí nových technologií a poznatků vědy, globalizovat celý svět, zmírnit negativní dopady přírodních katastrof na jedince, optimalizovat podmínky lidské existence, hájíme nabytá práva, atd., ve své podstatě často opomíjíme skutečnost, že nejvyšší formou integrace člověka, zejména osoby se zdravotním postižením (disabilitou) do života je jejich vlastní, kvalifikovaná práce jako zaměstnanec, nebo podnikatele. De facto jejich ekonomická aktivita – nezávislost.

Zaměstnávání osob se zdravotním postižením (disabilitou) je proces, vyžadující zvláštní podpory. Nemyslím pouze na možnost využití nabídky Úřadu práce v oblasti pracovní rehabilitace pro osoby se zdravotním postižením, která je uvedena v zákoně č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti a navazujících novelách, ale z globálního hlediska vzato, sjednocený a navzájem propojený proces péče a pomoci osobám se zdravotním postižením (disabilitou), při jejich uplatnění na trhu práce.

Rehabilitace už není v současnosti vnímána tak stroze a stavovsky, jako zdravotnická činnost ve smyslu fyzioterapie, ale je chápána jako interdisciplinární obor, zahrnující zdravotní, sociálně právní i pedagogicko – psychologickou péči (komprehensivní rehabilitace).(6)

Lidská bytost – člověk, je přijímána jako bytost bio-psycho-sociální, a rovněž se ve spojení s ní hovoří o oblasti duchovní (spirituální). (5)

Z definice zákona o pracovní rehabilitace vyplývá, že se jedná o „souvislou činnost zaměřenou na získání a udržení vhodného zaměstnání jedince se zdravotním postižením (disabilitou – disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti), která vzniká, když se jedinec se svým zdravotním stavem setkává s bariérami prostředí“. Zahrnuje především poradenskou činnost, která se zaměřuje na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání či jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných

podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti. (9)

Pracovní rehabilitaci na podkladě žádosti osoby se zdravotním postižením zabezpečují Úřady práce, které rovněž hradí náklady s ní spojené. Případně může příslušný Úřad práce tak konat ve spolupráci s pracovními rehabilitačními středisky, nebo může k pracovní rehabilitaci pověřit jinou právnickou, nebo fyzickou osobu. Především obsahuje poradenskou činnost, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání a zprostředkování zaměstnání. (4, 15)

Úřad práce ve spolupráci s osobou se zdravotním postižením vytvoří individuální plán pracovní rehabilitace s ohledem na její zdravotní způsobilost, schopnost vykonávat soustavné zaměstnání či jinou výdělečnou činnost. V neposlední řadě také na kvalifikaci. To vše s ohledem na situaci na trhu práce. (4, 15)

Teoretická a praktická příprava pro zaměstnání, nebo jinou výdělečnou činnost osob se zdravotním postižením, zahrnuje tyto aspekty:

- a) přípravu na budoucí povolání podle zvláštních právních předpisů
- b) přípravu k práci
- c) specializované rekvalifikační kurzy (4, 15)

Příprava k práci je cílená činnost směřující k zapracování osoby se zdravotním postižením (disabilitou) na vhodné pracovní místo, stejně jako i k získání znalostí, dovedností a návyků nutných pro výkon zvoleného zaměstnání, nebo jiné výdělečné činnosti. Tato příprava trvá maximálně 24 měsíců. (4, 15)

Pojetí zaměstnanosti se řadí již řadu let mezi základní koncepty politiky zaměstnávání osob se zdravotním postižením v Evropě. Zaobírá se rozsáhlým záběrem námětů, od vzdělání a pracovní rehabilitace, až po uplatnění otázky zaměstnávání osob se zdravotním postižením mezi zaměstnavateli. (3)

Uplatnění jedince na trhu práce je však závislé na celé škále aspektů (věk, zdravotní stav, pohlaví, vzdělání), vyčleňující skupiny lidí s větší mírou rizika na ztrátu práce a předurčující je k dlouhodobé nezaměstnanosti. (1)

Jakákoli vada nepostihuje pouze určitý orgánový

systém, ale ovlivňuje rovněž celou osobnost postiženého a vytváří tak zcela specifickou sociální situaci. (13)

Příprava na výkon povolání (u zdravotního postižení od dětství), pracovní rehabilitace (u zdravotního postižení po úrazu nebo nemoci), zaměstnávání i chráněná práce musí souhrnně mířit k hlavnímu cíli – k aktivní politice zaměstnanosti občanů se zdravotním postižením. Pro tyto občany je práce z valné většiny nejdůležitější náplní života. (12)

Najít pracovní uplatnění pro jedince s postižením, obzvláště pokud jde o postižení těžšího charakteru, je v posledních letech velmi složitá záležitost. Projevila se značná rozdílnost mezi původním uspořádáním, které pro tyto lidi zaručovalo práci jistého druhu a novou tržní ekonomikou, kde je pozice lidí se zdravotním postižením (disabilitou) vcelku složitá. (8)

V těsné vazbě s úřady práce a představiteli zaměstnavatelů, obcí a regionů je velmi důležité vytvářet podmínky pro pracovní rehabilitaci, která si dává za cíl využít a rozvinout všechny silné stránky a zachované funkční schopnosti občana s postižením, k zajištění vhodného způsobu jeho pracovního zařazení na trhu práce. Po zvážení všech aspektů, se může jednat o navýšení kvalifikace, případně o rekvalifikaci na jiný obor dle aktuálních potřeb trhu práce. V tomto významu je třeba také v součinnosti MZ a MPSV zajistit předpoklady k zahájení pracovní rehabilitace během, nebo alespoň ve finální části rehabilitace léčebné, se záměrem zajistit předpoklady k následné rehabilitaci pro pracovní uplatnění – pochopitelně s přihlédnutím k výsledkům rehabilitace léčebné. (12)

Ideálním řešením by bylo uplatnění občanů se zdravotním postižením na volném trhu práce. Tam, kde se to z různých příčin nepodaří realizovat, hraje klíčovou úlohu organizace, zaměstnávající z větší části občany se zdravotním postižením, disponující dostatkem zkušeností, tak i odborníků, k vytváření optimálních pracovních podmínek těmto občanům. Tyto organizace se nezřídka zabývají pracovní rehabilitací a provozují tzv. chráněné dílny. (12)

Zásadní překážkou v chráněných dílnách se jeví ubývání výrobních programů, které měly z velké části v minulých dobách úzké vazby na větší výrobní podniky, nízká kvalifikace a snížená výkonnost zaměstnanců, vysoký podíl manuální práce, a tím i z velké části vysoká mzdová náročnost a vysoká kvóta krátkodobé pracovní neschopnosti. (14)

Chráněné dílny tak prakticky nejsou schopny být ekonomicky zcela soběstačné, jejich ziskovost je takřka nereálná a návratnost vložených prostředků lze v tomto případě považovat za velký úspěch. Největším kladem chráněného zaměstnávání se jeví psychologický, výchovný a sociálně rehabilitačně terapeutický efekt. (10)

Chráněná práce je zaměřena hlavně na občany s nejtěžším zdravotním postižením, kde je pracovní výkon takřka

nesouměřitelný s výkonem na volném trhu práce, pro pracoviště s vysokým soustředěním občanů s těžkým zdravotním postižením a pracoviště v domácím prostředí osoby se zdravotním postižením. (12)

Působení chráněných dílen a pracovišť je doplňováno aktivitami uskutečňovanými v rámci projektů Evropského sociálního fondu (ESF). ESF je jedním ze čtyř strukturálních fondů, jejichž společným snažením je snížení rozdílů v životní úrovni, které existují nejen mezi regiony, skupinami obyvatel, ale také i mezi jednotlivci v Evropské unii. (2)

Základním principem pracovní rehabilitace by měla být především zaměstnanost, pokud možno co největšího počtu občanů se zdravotním postižením, kteří vykazují častěji sníženou produktivitu práce, vyšší počet absencí v práci pro nemoc či návštěvy lékaře. (7)

Základním pravidlem souvisejícím s fungováním trhu práce v České republice je zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. Účastníci zaměstnaneckých vztahů mají povinnost zajišťovat rovné zacházení se všemi fyzickými osobami, uplatňujícími právo na zaměstnání, ale zvláštní pozornost musí být věnována zaměstnávání osob se zdravotním postižením.

I přes to, že z hlediska právní úpravy, lze pracovní rehabilitaci považovat za nejkompaktněji propracovanou oblast rehabilitace, hlavním problémem současného stavu v oblasti pracovní rehabilitace je nedostatečné zajištění potřebné spolupráce s ostatními složkami zdravotnického systému a neuspokojivá právní úprava v návaznosti na aktuální požadavky, důsledkem je pak špatná úroveň koordinace, provázanosti, popř. efektivnosti postupů a činnosti jednotlivých subjektů, které působí v této oblasti. (11)

Výše uvedená omezení a nedostatky znamenají zvýšené riziko opožděné realizace nezbytných intervenčních rehabilitačních postupů, což ve svém důsledku znamená snížení schopností jedince se zdravotním postižením dosáhnout maximálně možné sociální a potažmo pracovní integrace. Opožděný nebo nedostatečný intervenční rehabilitační zásah značí zvýšené nároky na dávky a služby podmíněné nepříznivým zdravotním stavem. (11)

Vedle těchto „základních problémů“ se však objevuje celá škála dalších, které rovněž ovlivňují svým způsobem integraci jedinců se zdravotním postižením (např. nedostatečná síť rehabilitačních center, v nichž by mohlo dojít k ověření zachovaného pracovního potenciálu osoby se zdravotním postižením, nízký výskyt až absence pozitivní rekomandace u některých skupin osob se zdravotním postižením, aj.) (11)

Pro působivé a ekonomické provádění rehabilitace, potažmo pracovní rehabilitace, jako komplexní činnosti, se ve všech jejích činnostech musí řídit základními zásadami – včasnost, komplexnost, návaznost a koordinovanost,

dostupnost, individuální přístup multidisciplinární posouzení a součinnost. (11)

Literatura

1. **Buchtová, B. et al.** *Nezaměstnanost – psychologický, ekonomický a sociální problém*. 1. vyd. Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-9006-8
2. *Evropský sociální fond*. Poslední aktualizace 28.3.2006 Dostupné z: <http://www.esfcr.cz/07-13/oplzz>
3. **Galton, Y.** *Zaměstnávání zdravotně postižených osob v EU a v zemích ekonomické transformace*. In *Sborník materiálů z mezinárodní konference. Zaměstnávání zdravotně postižených s vlastním zaměřením na transformující se země*. Praha, 26.10.2001.
4. **Hrkal, K., Pojslová, K.** *Informace o novém zákonu o zaměstnanosti*. In Roska. Č.4 2004.
5. **Jankovský, J.** *Etika pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha : Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
6. **Jankovský, J.** *Ucelená rehabilitace dětí*. 2.vyd. Praha : Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.
7. **Jankovský, J., Pfeiffer, J., Švestková, O.** *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice : Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-7040-826-X.
8. **KRÁSA, V.** V Praze se konala důležitá konference o zaměstnávání občanů se zdravotním postižením. *Pracovní kapitál – přesun od zdravotního postižení ke schopnostem*. In Skok do reality. Č. 2. Praha, 2004.
9. **MPSV ČR.** *Právní předpisy o zaměstnanosti*. 5. vyd. Praha : JAN, 2005. ISBN 80-86878-11-2.
10. **Novosad, L.** *Základy speciálního poradenství : struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5
11. *Pracovní rehabilitace v regionálních sítích spolupráce*, PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL „Rehabilitace – Aktivace – Práce“.
12. *Problematika zaměstnávání zdravotně postižených občanů* [online] Poslední aktualizace 6. 9. 2002 Dostupné z: www.infoposel.cz/index.php?idm=legislativa&idr=20&idc=1031328350
13. **Vágenerová, M.** *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.
14. **Vysokajová, M.** *Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0057-9.
15. **Wernerová, J.** *Nová kategorie – osob se zdravotním postižením– v zákoně o zaměstnanosti*. In Revizní a posudkové lékařství. Č. 1. Praha: ČLS JEP, 2005.

Posuzování osob závislých na pomoci druhé osoby

Mgr. Petra Formánková

Městský úřad Písek, Odbor sociálních věcí a zdravotnictví, Budovcova 207, 397 01 Písek,

formankova.p@seznam.cz

Příspěvek na péči je dávkou, upravenou samostatně v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zařazení dávky do uvedeného zákona je dáno jejím účelem – totiž přispět uživateli na úhradu sociální služby, kterou potřebuje a kterou si objedná. Příspěvek nahradil dvě dávky, zrušené k 1. lednu 2007, kterými byly příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu a zvýšení důchodu pro bezmocnost. (Šimák, 2009). Příspěvek na péči je nárokem osoby, která je vzhledem ke svému dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu (tj. stavu, který má trvat déle než jeden rok a který omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost) hodnocena jako osoba, jež potřebuje od jiné fyzické osoby pomoc při zvládnutí běžných životních úkonů, neboli je závislá na pomoci jiné fyzické osoby v rozsahu stanoveném stupni závislosti (Koldinská, 2007). Stupeň závislosti se posuzuje podle počtu úkonů, které osoba je, resp. není schopna zvládnout jednak v rámci péče o vlastní osobu:

- a) příprava stravy
- b) podávání a porcování stravy
- c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu
- d) mytí těla
- e) koupání nebo sprchování
- f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení
- g) výkon fyziologické potřeby včetně hygieny
- h) vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh
- i) sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě
- j) stání, schopnost vydržet stát
- k) přemístování předmětů denní potřeby
- l) chůze po rovině
- m) chůze po schodech nahoru a dolů
- n) výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení
- o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání
- p) orientace v přirozeném prostředí
- q) provedení si jednoduchého ošetření
- r) dodržování léčebného režimu

a) jednak v rámci zajištění soběstačnosti:

- a) komunikace slovní, písemná, neverbální
- b) orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí
- c) nakládání s penězi nebo jinými cennostmi
- d) obstarávání osobních záležitostí
- e) uspořádání času, plánování života
- f) zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku
- g) obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování)
- h) vaření, ohřívání jednoduchého jídla
- i) mytí nádobí
- j) běžný úklid v domácnosti
- k) péče o prádlo
- l) přepírání drobného prádla
- m) péče o lůžko
- n) obsluha běžných domácích spotřebičů
- o) manipulace s kohouty a vypínači
- p) manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří
- q) udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady
- r) další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti (Vyhláška č. 505/2006 Sb.)

Vymezení úkonů a způsob jejich hodnocení stanovuje vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (Šimák, 2009). Podle toho, a také podle věku posuzované osoby, dochází následně k jejímu zařazení do jednoho ze 4 stupňů závislosti (Králová, Rážová, 2009; Šimák, 2009). Osoba je tedy závislá na pomoci jiné fyzické osoby:

a) ve stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 4 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,

b) ve stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,

c) ve stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,

d) ve stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Příspěvek na péči je pravidelnou opakující se dávkou, jejíž výše je stanovena zvlášť pro osoby do 18 let věku, u nichž za kalendářní měsíc činí:

- a) 3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 5 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

a zvlášť pro osoby starší 18 let, u nichž za kalendářní měsíc činí:

- a) 2 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost)

(Králová, Rážová, 2009)

O příspěvku na péči rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností. V rámci řízení o příspěvku na péči provádí sociální pracovník úřadu terénní sociální šetření (místní šetření zpravidla v domácnosti žadatele o příspěvek), při kterém se zjišťuje, zda je žadatel schopen samostatného života a pokud nikoli, do jaké míry (Koldinská, 2007). Následně úřad osloví okresní správu sociálního zabezpečení (OSSZ), příslušnou podle místa trvalého pobytu posuzované osoby, s žádostí o posouzení stupně závislosti osoby. Posudkový lékař OSSZ vychází při posuzování stupně závislosti osoby především z jejího zdravotního stavu, doloženého nálezem ošetřujícího lékaře, a z výsledku sociálního šetření úřadu, popřípadě i z výsledků vlastního provedeného vyšetření (Šimák, 2009).

Při posuzování stupně závislosti, však mnohdy nastává problém v nesouladu mezi sociálním pracovníkem a lékařem (www.socialnirevue.cz). Původně měla právní úprava v části posuzování způsobilosti fyzické osoby zvládat úkony soběstačnosti a úkony péče o vlastní osobu zajistit, aby přístup k provádění hodnocení byl v celém státě jednotný, spolehlivý a na patřičné odborné úrovni. Rovněž bylo záměrem „oslabit“ medicínskou složku posuzování (tzv. diagnóza) a zvýšit roli sociálního šetření, které má reálně zhodnotit schopnosti daného žadatele. Ukazuje se však, že u nás, bohužel, není zabezpečeno jednotné posuzování úkonů v rámci celé České republiky (Michalík, 2008). Sociální šetření je do určité míry subjektivním hodnocením pracovníka příslušného obecního úřadu. Ne vždy sociální pracovník dokáže správně posoudit, nakořím jednotliví nemocní daný úkon jsou schopni zvládnout (www.socialnirevue.cz). Někteří pracovníci neumějí pracovat s metodikou posuzování a prohlašují i úkony jednoznačně žadatelem nezvládnuté za splněné apod. (Michalík, 2008). A tak posudky, na základě nichž se přidělují příspěvky, jsou mnohdy špatně podložené. Největším problémem posudkových lékařů je, že lékař žadatele o příspěvek

vůbec neprohlédne a spoléhá pouze na dodané dokumenty. Tudíž je velmi obtížné z dostupných dokumentů posoudit schopnost a možnosti dotyčné osoby.

Hodnocení sociálního pracovníka probíhá z jiného úhlu než hodnocení lékaře. Proto dokonce někdy bývají trošku v konkurenci, ale systém by potřeboval, aby naopak velice funkčně efektivně spolupracovali (www.socialnirevue.cz).

Literatura

1. Koldinská, K.: *Legislativní zakotvení sociálních služeb v ČR*. In: MATOUŠEK, O, et al. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd., Praha: Portál, 2007. s. 40-41.

2. Králová, J., Rážová, E.: *Příspěvek na péči*. In: *Sociální služby a příspěvek na péči: komentář, právní předpisy*. 3. vyd., Ostrava: ANAG, 2009. s. 13-26.

3. Michalík, J., et al.: *Poradenství uživatelům sociálních služeb*. 1. vyd., Olomouc: VCIZP, 2008. s. 76.

4. *Systém přidělování příspěvků na péči nevyhovuje*. [online], [cit.2010-02-10]. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/system-pridelovani-prispevku-na-peci-neyhovuje>.

5. Šimák, M.: *Sociální služby*. In: KAHOUN, V., et al. *Sociální zabezpečení: Vybrané kapitoly*. 1. vyd., Praha: Triton, 2009. s. 349-355.

6. *Vyhláška č. 505/2006 Sb.*

7. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*

Hiporehabilitace

Ing., Bc. Vanda Casková

předsedkyně České hiporehabilitační společnosti, Ústavní 91, 181 02 Praha

www.hiporehabilitace-cr.cz, hiporehabilitace.cr@seznam.cz

V příspěvku se autorka zaměřila na přiblížení problematiky jak z aspektu kulturního dědictví lidstva, tak i z aspektu samotné hipoterapie. Podrobně rozebírá podmínky pro výběr koně, charakteristiku pohybu koňského hřbetu a jeho přenos na klienta či ve formě stimulační nebo relaxační.

Spojení koně a člověka patří k lidskému kulturnímu dědictví. Kůň sehrál v historii lidstva významnou úlohu jak z hlediska strategického, tak i hospodářského. Když si lidé rozdělili teritoria a do práce se zapojily stroje, nastala koním éra sportovní.

Člověk stvořil pro své pohodlí civilizaci a s ní přišly jako daň civilizační choroby. Člověk přetvořil planetu, nikoliv své genetické vybavení, které se neslučuje s rychlým životním stylem a se kterým kontrastuje nedostatek pohybu. Kůň pomohl člověku civilizaci vybudovat a na jejím vrcholku je to zase kůň, který může být člověku prospěšný – tentokrát v roli léčitele/terapeuta.

Vzhledem k tomu, že v českém jazyce neexistuje zvláštní pojmenování metody využití zvířete jako léčebného prostředku, používá se označení přejaté z anglosaské literatury, tedy léčení prostřednictvím/pomocí – v našem případě koní. Metoda využívající v rámci terapie koně se jmenuje Hiporehabilitace a představuje zastřešující pojem pro terapeutické aktivity spojené s využitím koní. Dělí se na části:

- hipoterapie – léčba pohybových poruch,
- aktivity s využitím koní – pro působení v oblasti pedagogiky a sociálních službách,
- terapie pomocí koní s psychologickými prostředky jako metody psychoterapie,
- parajezdeckví.

Hipoterapie (HT)

Jedná se o formu fyzioterapie. Jako léčebná metoda využívá přirozeného pohybu koně s jeho typickým chůzovým mechanismem jako motorického vzoru, na který se klient adaptuje. Cíle dosahuje postupnou adaptací klienta na tento pohyb v průběhu terapie. Výsledkem je facilitace reparačních procesů na úrovni neurofyziologické a psychomotorické. Hipoterapie využívá i tělesné teploty koně, což je významný relaxační faktor pro ztuhlé svalstvo u tělesně postižených. Uvolnění svalů jde ruku v ruce s uvolněním duševním, což se využívá k ovlivnění psychiky. Hipoterapie maximálně využívá vše, co kůň nabízí – pohyb, kontakt, emoce, prostor. Hipoterapie je individuální terapie.

Terapii aplikují **osoby se speciálním vzděláním**, které prošly speciálním výcvikem a mají osobnostní předpoklad vykonávat tuto náročnou práci. Pro hipoterapii je takovým odborníkem fyzioterapeut nebo ergoterapeut se speciálním kurzem hiporehabilitace.

Při hipoterapii je kůň vždy veden vodičem v kroku, klient je z hlediska ovládání koně pasivní a je na koni různě polohován za účelem dosažení terapeutického cíle. Podle potřeby je klient vždy jištěn z jedné nebo i z obou stran koně terapeutem a asistentem.

Zařazení do terapie by se mělo dít na základě písemného doporučení lékaře, pro provádění jednotky hipoterapie

(terapie) musí být přítomen fyzioterapeut/ergoterapeut se specializací na hipoterapii, který zodpovídá za průběh jednotky.

Výběr koně

Zásadním výchozím parametrem je cíl terapie a zvolený postup. **Volba koně pro daného klienta je vždy věcí terapeuta.** Jedině on může posoudit, zda mechanika pohybu koně odpovídá potřebám klienta. Vzhledem k tomu, že u koordinačních poruch a diagnóz majících neurologickou povahu se snažíme o korekci svalového napětí na centrální úrovni přes genetický pohybový kód, je otázka volby vhodného typu koně zásadní. Kritériem pro výběr koně je klient, jeho možnosti a potřeby, typ a stupeň postižení/znevýhodnění, výška, váha, schopnost a možnosti sedu, stoje, schopnost koordinace pohybů, stupeň mentální úrovně a soběstačnosti, celkové emoční ladění. Pro klienta hledáme koně, který by odpovídal jeho potřebám. Krok koně se promítá do trojrozměrného pohybu koňského hřbetu, který se stává pro terapii jedinečnou balanční plochou. Výsledný pohyb hřbetu je modulován individuální tělesnou stavbou koně, jeho momentálním psychickým a tělesným stavem, frekvencí kroků, rychlostí a směrem

Podle impulsů vycházejících ze svalů hřbetu koně a přenášených na klienta dělíme práci hřbetu koně na stimulační nebo relaxační. Stimulační pohyb je zajištěn prací hřbetu ve všech prostorových rovinách, z nichž jedna

může být dominantní nesení, kadencí kroku a kmihem. Zachována musí být podmínka prostornosti. Proto v HT nevyužíváme plemena koní s drobným málo prostorným krokem a rychlou kadencí. U těchto koní se totiž ztrácí základní princip hipoterapie - podobnost mechaniky pohybu koně a člověka. Dalším hodnoceným parametrem při volbě koně pro daného klienta je typ aplikace terapie a nutnost jištění terapeutem. V tomto případě může být posuzována výška koně ve hřbetě. Práci hřbetu ovlivňují i vnější podmínky - členitost terénu, podklad, na kterém terapii provádíme a způsob vedení koně, kterým můžeme ovlivnit rychlost pohybu, a kadenci a prostornost kroku. Při různém způsobu vedení koně mohou na stejném koně stimulovat svalový tonus klienta (rychlejší pohyb, tvrdší podklad členitý terén, při relaxačním požadavku naopak tempo volnější, prostornost přiměřenou a měkký terén bez nerovností.

Česká hiporehabilitační společnost

V roce 1991 byla založena Československá – později Česká – hiporehabilitační společnost (ČHS), která je přidruženým členem FRDI. Posláním ČHS je rozvoj, propagace a zkvalitňování metodiky hiporehabilitace, tedy všech aktivit a terapií s pomocí koní pro osoby se zdravotním znevýhodněním a specifickými potřebami, více na www.hiporehabilitace-cr.cz.

CEREBRUM pomáhá zpět do života

Martin Kende

CEREBRUM – Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin

www.cerebrum2007.cz, info@cerebrum2007.cz

Občanské sdružení CEREBRUM vzniklo v roce 2007 z iniciativy rodinných příslušníků osob po poškození mozku. Posláním CEREBRA je přispívat k porozumění problematice poranění mozku, poskytovat informace a zejména podporovat občany, kteří utrpěli traumatické či jiné poranění mozku, nebo jejich rodinné příslušníky a pečující. Mezi další aktivity organizace patří zvyšování povědomí odborné i laické veřejnosti o následcích a problematice poranění mozku, nutnosti systémových změn a rozvoje ucelených rehabilitačních programů.

V současné době provozujeme rehabilitační, terapeutické a rekondiční aktivity, pořádáme přednášky/ workshopy zejména pro osoby po poškození mozku, jejich rodiny a odborníky, vydáváme informační materiály o poranění

mozku a také časopis tématicky zaměřený na danou problematiku – zejména na specifika zdravotní, pracovní a sociální rehabilitace osob po poranění mozku. Jako reakci na vzniklou potřebu zejména rodinných příslušníků osob po poškození mozku jsme začátkem roku 2009 začali poskytovat osobní, telefonické a internetové poradenství, které je velice žádané. Výsledky naší práce jsou málokdy hmatatelné, většinou o nich vypovídají tváře a slova našich klientů, jejich aktivnější zapojení se do společnosti a zlepšující se následky poškození mozku.

„Většina lidí ani netuší, co se jim může s hlavou při pádu stát. Ani já jsem to nevěděl, teď již bohužel ano. Žil jsem spokojeným životem jako majitel obchodní společnosti zabývající se finančním poradenstvím, než jsem před

dvěma lety spadl ze střechy přímo na hlavu. Absolutně si to nepamatuji. Netušil jsem, kdo vlastně jsem, nepoznával jsem lidi okolo sebe a ani jsem neuměl číst a psát. Po roce jsem začal chodit do CEREBRA a tam mi velice pomohli. Hodně jsem si zlepšil paměť a již dokáži i jednat dle svých požadavků v různých společnostech. Nikdo

již nepozná, co se mi stalo, i když některé následky úrazu ještě pociťuji. Činnost CEREBRA je pro každého velice smysluplná. Moc rád bych CEREBRU a všem lidem, kteří tam pracují, nějakým způsobem pomohl. Moc jim děkuji za vrácení do normálního života a že mohu vše začít dělat jako před úrazem.“

Světový kongres neurorehabilitace, Vídeň 21.–25. 3. 2010

Marie Vítková
registrovaný ergoterapeut

Vídeň a kongresový areál v krásném Hofburgu se stal dějištěm 6. Světového kongresu Neurorehabilitace. Organizátorem kongresu byla rakouská Společnost Neurorehabilitace, které se podařilo zrealizovat obsáhlý program, ve kterém prezentovali odborníci z Evropy a z celého světa nejnovější trendy a poznatky z oboru Neurorehabilitace. Pro 2800 účastníků kongresu nemohlo být úžasnější načasování než na začátek jara, v jednom z nejhezčích měst světa.

Světový kongres Neurorehabilitace 21.3.2010 v 9.00 hod. zahájil Michael E. Selzer, MD, PhD, FRCP, prezident Světové federace neurorehabilitace. Uvedl, že program se bude skládat z přednášek, sympozií, workshopů a posterů o klinické praxi a výzkumu od předních expertů z celého světa. Program zahrnoval všechny úrovně, od základního vědeckého výzkumu neuroplasticity a regenerace zaměřené na kognitivní a fyzické schopnosti, až po rehabilitaci a sociální integraci. Odrážel základní vize na poli neurorehabilitace, která směřuje k novým poznatkům o funkční rehabilitaci po neurologickém poškození.

Jménem rakouské Společnosti neurorehabilitace přivítal a pozdravil účastníky kongresu Heinrich Binder, kongresový prezident. Řekl, že úspěch kongresu vždy záleží na třech základních prvcích: obsahu, organizaci a penězích. Pochvalně se vyjádřil o výborné spolupráci s programovým výborem. Velké poděkování patří také sponzorům za štedrou finanční podporu. Heinrich Binder řekl, že díky vynikající spolupráci všech zúčastněných se může prezentovat velké množství prací z oboru neurorehabilitace ve skvělém prostředí bývalého císařského sídla. Vídeň je známá jako tradiční hudební město, což může být i inspirací ke spojení hudby a neurologické rehabilitace.

Přednášky a workshopy byly každý den od 9.00 hod. do 19.00 hod., probíhaly v jednotlivých sekcích a přinesly celou řadu poznatků a zkušeností. Jejich autoři věnovali pozornost především aktuálním otázkám daných oblastí. V rámci kongresu se konaly také pěkné koncerty v krásném prostředí hradu Hofburgu, pod záštitou rakouského



Kongresový společenský večer – zleva prof. MUDr. Jaroslav Opavský, CSc., Olomouc, MUDr. Eva Vaňásková, Ph.D., Hradec Králové, doc. MUDr. Jana Sussová, CSc., Praha a Marie Vítková, ergoterapeut, Boskovice



Poster č. 375 a jeho autorka Marie Vítková

prezidenta Dr. Heinze Fischera a Norberta Graf Salburg – Falkensteina za řád Maltézských rytířů, na podporu obětí zemětřesení na Haiti. Velmi milé bylo vidět a slyšet na koncertu českou filharmonii Bohuslava Martinů ze Zlína s rakouským dirigentem Dr. Norbertem Pfaffmeyerem, který má lékařskou specializaci pro neurologii a psychiatrii. Jako tenor-sólista vystoupil kongresový prezident Dr. Heinrich Binder, univerzitní profesor a šéf Fyzikálního a neurologického centra v nemocnici Otto Wagnera ve Vídni, což bylo opět dokladem úžasného spojení hudby a medicíny. Na koncertu zazněly skladby W.A. Mozarta, R. Strausse, R. Wagnera, Johana Struse, G. Pucciniho, N. Pfaffmeyera a F. Lehara

Také krásný společenský večer pro asi 500 odborníků, který byl ve starobylé vídeňské radnici, byl příležitostí k navázání kontaktů a výměny zkušeností z oboru neurorehabilitace.

V rámci kongresu vystavovaly světoznámé firmy léčebné, terapeutické a kompenzační pomůcky. Upozorňovali tak na důležitost pokroku a dalšího rozvoje neurorehabilitace.

Autorů všech prezentací bylo 1514, z toho bylo 438 posterů, ostatní byly vědecká sympozia, přednášky a workshopy. Posterová sekce doplňovala program kongresu, kde jednotlivá světová pracoviště a univerzity předkládaly své práce.

Na kongresu jsem měla aktivní účast. Světovým programovým výborem byla vybrána moje práce na poster, který měl číslo 375. Poster byl zařazen do sekce „Kvalita života“. Poster se zabýval ergoterapií a kognitivní terapií u těžkého poškození mozku po cévní mozkové příhodě u padesátileté pacientky a jejím návratem do rodinného, společenského a částečně i pracovního života i s jejím handicapem. Závěrečnou částí posteru byla ukázka života pacientky po deseti letech po mozkové příhodě.

Z České republiky jsem měla jako jediná ergoterapeutka prezentaci, která byla velmi kladně hodnocena profesory z univerzit, kde se neurorehabilitace s kognitivní terapií vyučuje a provádí.

Vzájemná výměna zkušeností a setkání s evropskými a světovými odborníky, kteří se o moji práci zajímali, byla velmi přínosná, a opět jsem si potvrdila, že moje práce má smysl.

V. STUDENTSKÁ SEKCE

Interprofessional learning

Bc. Olga Nováková

Klinika rehabilitačního lékařství, Albertov 7, Praha 2, ola@email.cz

Podobně jako v minulém čísle, i nyní vám nabízím možnost nahlédnout do jednoho z modulů magisterského studia Master Programme in Medical Education na Karolinska Institutet ve Stockholmu. Zpracování práce je jednou z podmínek ukončení modulu nazvaného Interprofessional Learning ohodnoceného 7,5 ECTS (European Credit Transfer System). Práce je opět ponechaná v anglickém jazyce, připojuji pouze český souhrn.

Pojem mezioborové vzdělávání (interprofesní vzdělávání, interprofesní učení) není u nás v souvislosti s vysokoškolským vzděláváním na lékařských či zdravotně-sociálních fakultách příliš zaveden a rozšířen. Tímto se Česká republika neřadí mezi jiné evropské země (zejm. Skandinávské země, Anglii), či země Severní Ameriky (Kanada), které na základě ustanovení organizací jako je World Health Organization, Organization for Economic Co-operation and Development, World Federation of Medical Education, Center for the Advancement of Interprofessional Education, UK; Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centred Practice, CA, přijaly národní opatření týkající se podpory mezioborového vzdělávání na lékařských, zdravotně-sociálních fakultách a fakultách zdravotnických studií.

Mezioborové učení je definované jako: „*příležitost, kdy se dvě nebo více profesí učí společně s, od sebe, nebo o sobě z důvodu podpory spolupráce a poskytnuté kvality péče o klienta*“ (Barr et al. 2005, p.13). V zahraničí se spolupráce, mezioborové vzdělávání a mezioborová péče zdravotnických a zdravotně-sociálních pracovníků postupně stávají standardy zdravotní péče a služeb a rovněž více expandují i do vzdělávacích institucí, které tyto pracovníky edukují. Důvod je zcela jednoznačný. Tím, že se studenti již od doby studia naučí spolupracovat s ostatními profesemi (studenty medicíny, studenty ergoterapie, fyzioterapie, budoucími zdravotními sestrami, sociálními pracovníky ad.), vybudují si vzájemný respekt, pochopí chování ostatních studentů v souvislosti s podstatou, postoji a hodnotami jejich profese, je posléze zajištěna lepší spolupráce při poskytnutí péče o klienty na pracovištích.

Jako praktický výstup ve své práci navrhuji vytvoření workshopu na Klinice rehabilitačního lékařství 1. Lékařské

Fakulty University Karlovy určený pro studenty ergoterapie a fyzioterapie zaměřený na podporu mezioborového učení a týmové spolupráce.

Introduction:

Collaboration and interprofessional learning (IPL) and care are becoming the standard in health care and service delivery and also in educational settings that train health professionals. In response to the need to enact more collaborative processes, to develop more awareness of other disciplines and further the capacity to work together in achieving appropriate goals for patients/clients, governments demand that primary health care teams must be formed to include a more comprehensive network of health care service providers (Shaw et al. 2008).

Allied health care professions have a different professional and cultural background with different values, beliefs, attitudes, customs, behaviours (Hall 2005), power and status (Baxter 2008). However the environment for collaboration must support the equal baseline among different professions. It is necessary to bridge the professions, develop collaborative skills and interact meaningfully to support collaborative practice in sociocultural learning environment (Grabinger 2007), trust and respect to challenge successful collaborative work and better client-centred care. Therefore it is highly important to develop learning occasions (e.g. courses, projects, workshops, team-buildings, research groups etc.) for interprofessional groups of students and incorporate it into the curricula. The university system differs a lot in different countries all around the world. As suggests Hall (2005) some universities have become a “multiversities” with various areas of specialisations, departments and fewer opportunities to interact with other disciplines and professions.

I have been working partly for the First Faculty of Medicine at Charles University and for the General Teaching Hospital. The Medical faculty has had a strong tradition in teaching based on the emphasis on separate mass lectures, presentations of course content and memorisation of knowledge (Linblom-Ylänne et al. 2006) without opportunities for students of allied health professions to spend

time together, to learn and to work together in meaningful ways. I perceive the traditional instructional design mostly applied in a majority of departments of our faculty quite static; learners assume traditional roles, teachers pass on information to the learner (Grabinger et al. 2007). On the other hand I think that my workplace, the Department of Rehabilitation Medicine has been a unique place where students (occupational therapy (OT) and physiotherapy (PT) students), teachers/practitioners (occupational therapists, physiotherapists, medical doctors, psychologists, speech therapists, dance and movement therapist) and service users (clients especially after stroke, traumatic brain injury) can meet and create an interprofessional milieu and interact meaningfully with each other and with the clients and family from the students or practitioners perspective.

That's why I perceive the idea of an effective interprofessional learning and collaborative practice as crucial in the field of rehabilitation where team members should perform various professional ways to the same goal while working with a client in a disabling situation; and where team members should foster collaborative approaches to meeting client's health care needs (Barr et al. 2005).

Therefore I would like to make a proposal of a new *interprofessional meaningful activity for occupational therapy and physiotherapy students including service users*. The interprofessional workshop will be included in both educational programmes and will comprise occupational therapy students from the 4th semester working with a physiotherapy student partners (4th semester) and a community volunteers with a neurologic diagnosis.

According to Barr et al. (2005) interprofessional education represent: "*occasions when two or more professions learn with, from and about each other to improve collaboration and the quality of care*" (p.31). There exist different theoretical approaches that cover in the interprofessional education such as social process of collaborative and experiential learning and reflective practitioner theories.

Interprofessional education's principle is when students learn in interdependent work groups using sociocultural approaches to instructional design such as problem-based learning or case-based learning calling for collaboration in solving complex problems and reproducing real situations (Clark 2006). Knowledge is then created in the social context among the members of a team. Thereby by collaborating with others it creates a community of practice (Wenger 2009), such as community of faculty, students or peers.

As suggests Clark (2006) experiential learning is a continuous process grounded in experience from real clinical settings, collaboration on case studies and problem-based learning experiences where IPL occurs. Experiential learning is closely linked to reflection. As argues Mann (2009) the development of reflective thinking is fostered by the

support of group members because there is always the opportunity to learn from other's experience and there is also an important role of self-reflection on oneself as a personality and as a health care professional. There is also an important role of collaborative reflection of different health professions contributing to practice development and professional socialization (Moris 2007). Two types of reflection can occur; reflection-in-action that involves looking to our experiences, connecting with our actual feelings and reflection-on-action which is done later, after the encounter.

To interact meaningfully with each other and meet the needs of the service user (and family) students should have knowledge of the services of other colleagues' disciplines as well as skills how to work collaboratively and effectively with them in a team.

All these theoretical perspectives are applied in the new interprofessional workshop.

Design of an interprofessional workshop

Programme of studies: Occupational therapy and Physiotherapy

Name of the workshop: Interprofessional OT and PT workshop on teamwork

Target group: Second cycle occupational therapy and physiotherapy students

Level of the programme: Bachelor level, 4th semester, 9 days

Number of ECTS credits: 3 ECTS

Characteristic of the workshop content:

The main aim of this workshop is to engage students of occupational therapy and physiotherapy in interprofessional collaboration including service user. The workshop should provide opportunities for participants to assume profession-specific roles and responsibilities for intervention within the client care, accomplish the goals with the priorities and values of team members as well as of a client. The module provides the understanding of basic knowledge and skills in interprofessional collaboration, teamwork skills and effective teamwork in practice experienced through problem based approach to education.

The idea of meaningful learning is the design conception of this workshop to achieve higher cognitive learning outcomes supporting the construction of knowledge and reflection on learning.

Participants of one group during the workshop (number of groups corresponds to number of students in a class):

3 occupational therapy students

3 physiotherapy students

1 service user

2 teachers/ facilitators/ supervisors (one from every profession)

The learning activities should be related implicitly to the learning outcomes of the workshop. Learning outcomes are achieved through the study of “problems” in a reality based situations which encourages meaningful learning.

PART 1. (day 1, 2)

OT and PT students receive case study describing a complex disabling situation of a client having a neurological diagnosis (traumatic brain injury), suffering from motor control, neurodevelopmental or sensory integration problems as well as communication problems. All these problems have a severe impact on functioning in activities of daily living, productive activities and participation in a community or society.

Learning outcomes:

On successful completion of this 1st part of the workshop students should be able to:

- work together to contribute to decision making, planning, and problem solving in a interprofessional milieu (without service user)
- understand different professional roles, backgrounds, values, attitudes of the allied health professions
- developing team agreements (interact meaningfully with each other and with the teachers)

Learning activities:

- students indicate strengths and weaknesses of a client on the basis of a case study
- students draw up the short-term and long-term plan for a rehabilitation from the point of view of OT and PT
- students suggest main goals of a therapy from the point of view of OT and PT
- students discuss all tasks together, they agree on and present learning activities to the teacher

After the first part students will discuss together why they have chosen that goals and plans from the OT or PT perspective (reflection-on-action). The teachers will facilitate this discussion and represent a role model of a profession.

PART 2. (day 2, 3)

In the second part of workshop, students work with a service user, the same person as in a case study in a previous task. The client is a volunteer; he/she had previously attended therapies in the Department of rehabilitation medicine and has an experience with students.

Learning outcomes:

On successful completion of this workshop students should be able to:

- work better in and as a team, develop team agreements
- perform clinical reasoning, judgment
- build a culture of mutual respect and understanding of others' values
- communicate better in a team
- have a perception of actual cooperation (reflection-on-action)

Learning activities:

- students perform an OT and PT assessment of a client together at Department of rehabilitation medicine
- students then do a home visit in the home environment of a client
- students suggest once again main goals of a therapy but this time they should include a subjective attitudes of a client, they must agree on goals with a service user
- students then draw up the short-term and long-term plan for rehabilitation from the point of view of OT and PT and they include information gained during home visit
- finally they are asked to make a proposal of therapy intervention (OT and PT)

During the common therapies with a service user according to defined goals and plans discussed beforehand, students with a facilitation of teachers during and after this part will better understand the level and importance of cooperation and communication in a team.

PART 3. (day 5–9)

Learning outcomes:

On successful completion of this workshop students should be able to:

- learn to provide client-centred care responsive to the client's individual needs
- problem solving and clarify responsibilities within the care
- work better in and as a team, develop team agreements (with service user)
- have a perception of actual cooperation (reflection-in-action)

Learning activities:

- students must perform 5 therapies together (1 therapy lasts 1hour) and work on defined goals according to plans together with a client.
- after finishing therapy lessons students should suggest other recommendations for other specialists (e.g. speech therapist, special pedagogue etc.)

At the end of the workshop students participate review sessions with teachers (one group with two teachers).

Students discuss group work in term of communication, organisation, time management, team dynamics, barriers to teamwork; similarities and differences relating to roles, attitudes and skills; they should reflect critically on one's own relationship within a team; understanding of the service user's perspective and toleration of differences and misunderstandings. They are asked to reflect on own learning process.

Evaluation of the workshop:

Before starting and after finishing the whole workshop students will evaluate the workshop according to the evaluation instrument *The Interdisciplinary Education Perception Scale* (IEPS). IEPS was developed by Luecht et al. as a pre-test and post-test tool. It measures changes in learners' attitudes resulting from an interprofessional education course. The scale consists of 18 items (see appendix 1.) designed to measure the professional perceptions of students exposed to interdisciplinary practice applications related to their own professions. *The IEPS is constructed around four factors: professional competence in one's own profession, perceived need for interprofessional collaboration, perceptions of actual interprofessional co-operation and attitudes towards the value of working with other professions* (Freeth et al. 2005, p. 67).

Reliability and validity of the published tool was established by the original authors (Luecht et al., 1990). Multivariate analysis of variance (MANOVA) will be performed on all four component factors as delineated in the IEPS (Neill et al. 2007).

In my opinion one of the weaknesses of this psychometrical research instrument in connection with the evaluation of the interprofessional workshop in sense of validity is a low number of students. There are only three students of one profession, hence it would be better to have more students in a group from one profession, because the majority of questions in the scale are set up as the evaluation of "individuals in my profession". Students can't have an adequate overview of profession representatives if they collaborate only with one student of own profession and three students of allied health profession.

Another weakness is a question of time, nine days is too short time to explore others values, believes and attitudes.

Concerning the reliability of the instrument there can be a risk of bias and different interpretations due to the possible different tools for analysis of The Interdisciplinary Education Perception Scale.

Discussion:

There has been a number of very strong international (World Health Organization, Organization for Economic Co-operation and Development, World Federation of

Medical Education) as well as national organizations (Center for the Advancement of Interprofessional Education, UK; Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centred Practice, CA) that have adopted the strategies to support experiences in IPL (Oandasan, Reeves 2005).

Divers authors (Barr et al. 2005; Oandasan, Reeves 2005) offer different explanations of uniprofessional, multiprofessional and interprofessional learning in context of interprofessional education and in my opinion all of them are important. Uniprofessional learning has been traditionally provided to health professionals within specific health professional programs. Students acquired understanding of professional values, roles, believes, attitudes and profession-specific competencies. They should find own identity and "place on earth" among others. But as argues Barr et al. (2005) the increasing emphasis on the delivery of interdisciplinary and client-centred health care services require interprofessional interaction. Hence I think that whether to use a uni-, multi- or interprofessional learning strategy, educators and curriculum developers must consider divers factors.

What are the goals of the curriculum?

What is the context of learning?

The First faculty of Medicine at Charles University is an old medical faculty with strong traditions in teaching with an emphasis on medical subjects. The curriculum of occupational therapy programme slowly changes and develops according to TUNING Educational Structures in Europe (2008). Thereby it is not possible to make huge changes in the curriculum but to start with small occasions for students to meet and provide opportunities for students from a variety of disciplines to learn from, with and about each other as in this interprofessional workshop.

From the point of view of *learning context*, we must consider the *stage of education* (that's why I would like to implement the workshop in the second cycle of occupational therapy and physiotherapy programme, in the 4th semester, when students already have profession specific experiences, generic competencies that should be met by more professions); *the learning milieu* (the Department of Rehabilitation Medicine as a convenient common environment for students, practitioners/teachers and service users, with divers training settings, where all can easily meet, in one place). Further we must consider *the number of students and teachers* (in each class there are mostly 20 students, so it is easier to implement this activity than with a higher number of students), and *the topics or subjects to be taught*.

The workshop is fostered by divers learning approaches in developing an IPE framework as a social process of

collaborative (*construction of communities of practice*) and experiential learning (*case-based learning, learning with service user*) and reflective practitioner theories (*evaluation of group work; The Interdisciplinary Education Perception Scale*), as also argues Barr et al. (2005); Oandasan, Reeves (2005); (Thistlethwaite, Moran 2010).

The workshop learning activities has been designed around a fundamental principle of interprofessional learning; it means the collaborative learning experience with students from allied health disciplines to enhance the quality of patient care; and constructively aligned with learning outcomes. The learning outcomes of the workshop and the topics for discussion represent an important factor in a formal education process and interprofessional learning. I hope that these outcomes and the learning processes of students should promote the discussion and help health faculties to design interprofessional courses.

In my opinion, for the further development or rather the existence of this IPL activity at our faculty it would be necessary to perform the action research with students who have already participated in this workshop and present the results to the management of the faculty to exemplify how the outcomes of the workshop have influenced the learning processes of students.



**Karolinska
Institutet**

**Dept of Learning, Informatics,
Management and Ethics (LIME)**
Centre for Medical Education (CME)

Programme: Master in Medical Education

Individual Assignment:

**Design of interprofessional occupational therapy and
physiotherapy workshop on teamwork in the Department
of rehabilitation medicine**

References:

1. **Baxter S.K., Brumfitt S.M.** (2008) *Professional differences in interprofessional working*, Journal of Interprofessional Care, 22(3): 239 – 251
2. **CAIPE- Centre for the Advancement of Interprofessional Education:** Available: <http://www.caipe.org.uk/>
3. **Centre for Interprofessional Education**, University of Toronto: Available: <http://www.ipe.utoronto.ca/educators/evaluation.html>
4. **Clark, P. G.** (2006). *What would a theory of interprofessional education look like? Some suggestions for developing a theoretical framework for teamwork training*. Journal of interprofessional care, 20(6): 557-589
5. **Freeth, D., Reeves, S., Koppel, I., Hammick, M., Barr, H.** (2005) *Evaluating Interprofessional Education: A Self-Help Guide*. Higher Education Academy. Health Sciences and Practice Network
6. **Gilbert, J.H.V, Camp, R.D., Cole, C.D., Bruce, C., Fielding, D.W., Stanton, S. J.** (2000) *Preparing students for interprofessional team work in health care*. Journal of Interprofessional Care, 14(3): 223-235
7. **Hall, P.** (2005). *Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers*. Journal of Interprofessional Care, Vol. 19(S1), s. 188 – 196.
8. **Howell D.** (2009) *Occupational therapy students in the process of interprofessional collaborative learning: A grounded theory study*. Journal of Interprofessional Care, 23(1): 67–80
9. **Lindblom Ylänne, S., Trigwell, K., Nevgi, A., Ashwin, P.** (2006). *How approaches to teaching are affected by discipline and teaching context*. Studies in higher education., Dorchester-on-Thames : Carfax Publ.-co., 0307-5079; 31:3
10. **Luecht, R. M., Madsen, M. K., & Taugher, M. P.** (1990). *Assessing professional perceptions: Design and validation of an interdisciplinary education perception scale*. Journal of Allied Health, 19, 181 – 191
11. **Mann, K.; Gordon, J.; MacLeod, A.** (2009) *Reflection and reflective practice in health professions education; a systematic review*. Adv in Health Sci Educ 14:595-621.
12. **Morris, J., Stew, G.** (2007) *Collaborative reflection: how far do 2:1 models of learning in the practice setting promote peer reflection?* Reflective Practice, 8: 3, 419 — 432
13. **Neill M., Hayward K.S., Peterson T.** (2007) *Students' perceptions of the interprofessional team in practice through the application of servant leadership principles*. Journal of Interprofessional Care, 21(4): 425 – 432
14. **Oandasan, I. and Reeves, S.** (2005) *Key elements of interprofessional education: Factors, processes and outcomes*. Journal of Interprofessional Care, Supplement 1: 39-48
15. **Shaw L., Walker, R., Hogue A.** (2008) *The art and science of teamwork: Enacting a transdisciplinary approach in work rehabilitation*. Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation. 30: 297-306
16. **Wenger, E.** (2009) *A social theory of learning*. In: Illeris, K. Contemporary theories of learning - Learning theorists... in their own words, London: Routledge
17. **Thistlethwaite, J., Moran M.** (2010) *Learning outcomes for interprofessional education (IPE): Literature review and synthesis*. Journal of Interprofessional Care, 24(5): 503–513
18. **Tuning Educational Structures in Europe** (2008). *Reference Points for the Design and Delivery of Degree Programmes in Occupational Therapy*. Publicaciones de la Universidad de Deusto, Bilbao.

Příspěvky můžete posílat v elektronické formě (textový editor MS Word) na adresu: bulletin.cae@seznam.cz. Redakce si vyhrazuje právo na krácení či úpravy textů, o nichž bude autory informovat.

Články, kazuistiky

- Ideální rozsah článku je v rozmezí 70 – 140 řádků, v případě kazuistiky 70 – 210 řádků.
- U textu musí být uvedeno celé jméno autora, elektronické případně poštovní a telefonické spojení, název pracoviště.
- V textu nepoužívejte zkratky – ke zvýraznění používejte pouze tučné písmo či kurzívu.
- Struktura většího článku nebo kazuistiky (pouze u textů nad 140 řádků):
 - Název práce
 - Celé jméno autora, pracoviště
 - Souhrn (do 15 řádků)
 - Text článku, strukturovaný do celků oddělených mezititulky; u kazuistiky popis případu, diskuse, závěr.
 - Seznam použité literatury
- Seznam použité literatury:
 - Časopis: Příjmení a iniciály jmen všech autorů. Název práce v jazyce originálu. Název časopisu a rok vydání; ročník: stránky.
 - Kniha: Příjmení a iniciály jmen všech autorů. Název knihy. Místo vydání: nakladatelství, rok vydání: počet stránek.
 - Internetový zdroj: adresa webu (případně datum citace)

Obrazová dokumentace

- Obrazovou dokumentaci zasílejte v samostatných souborech. Rastrové obrázky (tj. např. fotografie a veškeré scany) ve formátech **jpg** nebo **tif**, příp. **bmp** v nejvyšší možné (dostupné/původní) kvalitě (optimální je 300 dpi při velikosti 1:1), nikoli v dokumentech *word* nebo *excel*. Vektorové (křivkové) obrázky (schemata, loga ap.) zasílejte optimálně ve vektorové podobě ve formátu **ai** nebo **eps**.
- V textu uveďte, kam umístit obrázek. Ke každému obrázku (ale i grafu, tabulce) je třeba připojit číslo a přesný popis. Na konec textu pak připojte očíslovaný seznam všech obrazových příloh včetně popisků. U fotografií připojte také celé jméno jejich autora nebo uveďte, odkud pochází (archiv autora, zdravotnického zařízení ap.).

2 INFORMAČNÍ
2010 BULLETIN ČAE

Vydává ČAE ČR, Kloboučnická 1627/7, Praha 4, 140 00

e-mail: info@ergoterapie.org, bulletin.cae@seznam.cz

IČO: 62348451

č.ú.: 103428915/0300

