

1

2013

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) 733 226 724

www.ergoterapie.cz

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

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

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 2013:

30. duben, 30. říjen

Obsah

I. ÚVODNÍ SLOVO	3
II. INFORMACE Z VÝBORU ČAE	4
Zprávy z výboru ČAE za období leden- červen 2013	4
18. Meeting ENOTHE	5
Dávky pro osoby se zdravotním postižením	6
III. ODBORNÁ ČÁST	10
Laudatio: Prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc.	10
Švestková, O	
Ertomis	12
Pfeiffer, J.	
Využití akcelerometru v rehabilitaci u pacientů po poškození mozku	13
Sládková, P.	
IV. STUDENTSKÁ SEKCE	17
Moje nohy jsou vozík	17
Žďárská, J.	
Rehaprotex 14.–17. 5. 2013	18
Žďárská, J.	
Exkurze – úpravy vozidel IROA–HDC, s.r.o.	19
Žďárská, J.	
Ze života studentského II aneb ergoterapie nás těší	20
Žďárská, J.	

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

I. ÚVODNÍ SLOVO

Vážení čtenáři,

velmi nás těší, že se setkáváme u dalšího vydání Informačního bulletinu České asociace ergoterapeutů.

V tomto čísle Vás jako obvykle budeme informovat o aktivitách, které výbor v období leden až červen 2013 realizoval, seznámíme Vás s tím, jaké další úkoly nás v nastávajícím období čekají a co pro Vás připravujeme.

Je pro nás velkou ctí, že Vám můžeme v tomto čísle zprostředkovat velmi osobní vzpomínky Doc. MUDr. Olgy Švestkové na dlouholetou a tvůrčí spolupráci s uznávaným odborníkem a „otcem moderní rehabilitace v České republice“, Prof. MUDr. Janem Pfeifferem. Pan profesor oslavil v letošním roce životní jubileum, 85 let. Přejeme i za Vás panu profesorovi hodně zdraví, pohody a zapálených studentů a kolegů. Pan profesor Pfeiffer je pro ergoterapeuty i pro obor ergoterapie velkou inspirací a neutuchající studnicí znalostí a podnětů pro praxi, a proto vždy vítáme, když přijme naše pozvání k aktivní účasti na našich odborných konferencích.

V odborné části se dále dočtete o hodnocení Ertomis a nových metodách v rehabilitaci osob po poranění mozku. Díky iniciativě studentky ergoterapie I. lékařské fakulty UK v Praze můžeme nabídnout i obsáhlou studentkou sekci. Budeme rádi, když se k této iniciativě připojí i studenti dalších ergoterapeutických škol.

Na tomto místě mi také dovoluji krátké zamyšlení, ke kterému mě přiměly diskuse ergoterapeutů na sociálních sítích. Otevřela se diskuse o tom, jaký má profesní organizace pro ergoterapeuty přínos. V březnu tohoto roku jsme na tuto diskusi reagovali naším sdělením na webových stránkách asociace. Přesto bych připojila i svou osobní úvahu. Velmi si vážím a s narůstajícími léty aktivní činnosti v profesní organizaci stále více oceňuji iniciativu a prozíravost kolegyň, které v roce 1994 Českou asociaci ergoterapeutů jako platformu pro možnost prosazování zájmů ergoterapeutů v Ostravě založili. Od té doby asociace prošla vývojem, změnila své sídlo a ve výboru se vystřídal mnoho kolegyň, které významně přispěly k rozvoji oboru ergoterapie, za což bych jim chtěla velmi poděkovat. Právě díky dobrovolné aktivitě těchto ergoterapeutek asociace již téměř 20 let úspěšně funguje a pracuje pro obor. Asociace se podílela a stále podílí na připomínkování legislativy týkající se výkonu a vzdělávání v oboru ergoterapie, po náročných jednáních prosadila samostatnost odbornosti ergoterapeut a ergoterapeutické výkony, stala se aktivním členem WFOT, COTEC a prostřednictvím nabízených akcí a publikací se snaží sdružovat obec ergoterapeutickou v kontaktu, diskusi a informovanosti. V současné době sdružuje ČAE téměř 25% registrovaných ergoterapeutů v České republice. Je to hodně nebo málo. Velikost členské základny nám samozřejmě vymezuje míru argumentace, kterou můžeme použít při prosazování našich zájmů na patřičných místech. Členství v ČAE je dobrovolné a proto si velmi vážíme našich členů, kteří nás právě svým členstvím podporují v aktivitě a vyjadřují tak svoje ztotožnění a sounáležitost s oborem. Jen pro zajímavost, v zahraničí je členství v profesní organizaci i dotazováno např. při žádosti o zaměstnání. Již několikrát ČAE na žádost vydávala potvrzení o členství pro kolegyně, které se ucházely o práci na pozici ergoterapeuta v zahraničí. Rádi jsme jim potvrzení zaslali. Bude nám ctí vydávat potvrzení o členství a podporovat Vás v profesní roli i nadále. Proto, zůstaňte členy, nikdy nevíte, kam Vás život zavane.

Přeji Vám krásné léto, zaslouženou dovolenou a těším se na setkání s Vámi na 25. celostátní ergoterapeutické konferenci ČAE v Emauzském opatství v Praze.

Jana Jelínková, Prezidentka ČAE

II. INFORMACE Z VÝBORU ČAE

Zprávy z výboru ČAE za období leden až červen 2013

Zapsala: Jana Jelínková, prezidentka ČAE

A. Legislativní a administrativní aktivity

1. Zaslány podklady daňovému poradci pro zpracování daňového přiznání ČAE za rok 2012.
2. Vedené běžné agendy související s chodem profesní organizace. Poskytování informací členům ČAE a dalším tazatelům prostřednictvím telefonických konzultací, webových stránek www.ergoterapie.cz, elektronické pošty a osobního kontaktu, hospodaření s financemi ČAE apod.
3. Pokračování v partnerství v projektu „Vývoj metodiky pro evaluaci a modifikaci domácího prostředí osob se zdravotním postižením za účelem zvýšení jejich zaměstnatelnosti“ s registračním číslem CZ.1.04/5.1.01/77.00330. Tento projekt je financován z prostředků ESF prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a státního rozpočtu ČR. Příjemcem podpory je ILA, s.r.o. Partneři jsou: Česká asociace ergoterapeutů, Centro de Reabilitacao Profissional de Gaia (Portugalsko), Department of Health Sciences, Lund University (Švédsko). Projekt bude realizován v období 1. 12. 2012 – 30. 11. 2014. Více informací k projektu je možné nalézt na webových stránkách ČAE v odkazu „Projekty.“
4. Účast na jednání k přípravě komory zdravotnických pracovníků. Jednání proběhla v termínech 30. 1., 27. 2., 29. 5. a 26. 6. 2013. Úkoly pro ČAE: připomínkování návrhů a zpracování dílčích úkolů vyplývajících z jednotlivých jednání (např. připomínkování zakládajících strategických materiálů, vyjádření se ke struktuře komory a kompetencím jejích orgánů).
5. Na výzvu MZ předložení ekonomicky náročnější varianty výkonu k existujícímu základnímu výkonu, pro odbornost ergoterapeut.
6. Pokračování ve spolupráci v pracovní skupině a poradním orgánu ministra MPSV – Pracovní skupině pro pomůcky pro osoby se zdravotním postižením. Jednání pracovní skupiny proběhlo 27. 1. 2013.
7. Účast zástupce ČAE na výběrovém řízení vyhlášeném Krajským úřadem Středočeského kraje, odborem zdravotnictví. K účasti na výběrovém řízení, které proběhlo 2. 5. 2013, byla pověřena členka ČAE, ergoterapeutka Mgr. Eliška Haškovcová.

8. Účast na jednání Pracovní skupiny Ministerstva zdravotnictví k posouzení návrhů na ekonomicky náročnější variantu zdravotních služeb, termín 27. 6. 2013.
9. Výbor se v tomto období sešel k projednání úkolů třikrát.

B. Propagační aktivity

1. Prezentace ČAE na 14. veletrhu neziskovek NGO Market, dne 3. 5. 2013 v Národní technické knihovně v Praze. ČAE využila této příležitosti k představení oboru ergoterapie veřejnosti a k navázání nových kontaktů s dalšími organizacemi i zástupci firem.
2. Účast ČAE na Rehaprotexu v Brně, 16. 5. 2013. V rámci programu Mezinárodního veletrhu rehabilitačních, kompenzačních a protetických pomůcek byla ČAE, coby člen Pracovní skupiny pro pomůcky pro osoby se zdravotním postižením MPSV, oslovena k představení oboru ergoterapie v rámci semináře „Odstraňování bariér v kontextu příspěvků na zvláštní pomůcku.“ Seminář pořádalo Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky ve spolupráci s Cechem mobility a Společenstvem výrobců a prodejců zdravotnických prostředků pro pracovníky Úřadu práce České republiky a krajské úřady. Seminář se věnoval otázce právní úpravy příspěvku na zvláštní pomůcku a její aplikace v praxi, a to u cílové skupiny osob s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí se zaměřením na odstraňování bariér. Součástí semináře bylo i praktické seznámení se s jednotlivými druhy a typy pomůcek.
3. Úprava webových stránek ČAE – zpřehlednění, vytvoření nové, přehlednější struktury stránek.
4. Zpracování Výroční zprávy za rok 2012.
5. Příprava návrhů nových propagačních materiálů, které budou dostupné na konferenci ČAE.
6. Oslovení potenciálních sponzorů ke spolupráci s ČAE.

C. Vzdělávací akce ČAE

1. Příprava 25. celostátní odborné konference ČAE. Zajištění vhodných prostor, oslovení přednášejících, příprava programu, oslovení sponzorů, zajištění občerstvení atd. Konference se bude konat dne 11. 10. 2013, v prostorách Emauzského opatství, Praha 2. Všichni zájemci o aktuální dění v oboru a setkání s kolegy jsou

srdečně zvání. Podrobné informace a program konference bude průběžně uveřejňován na webových stránkách a členové budou informováni též elektronicky.

2. ČAE na žádost Lékařské fakulty Ostravské univerzity v Ostravě, Katedry rehabilitace, převzala záštitu nad workshopem o HK pod vedením E. Panturin, ergoterapeutky z Izraele. Název kurzu Problematika hemiparetické končetiny z pohledu Bobath konceptu. Vzdělávací akce se konala 5.2.–7.2.2013 v Ostravě.

3. Byly realizovány 2 odborné kurzy. Ve spolupráci s Ergo Aktiv, o.s. proběhl 12. a 13.4.2013 kurz „Kinesiologického tepjování pro ergoterapeuty“, který lektoroval Mgr. R. Jisl. Dále proběhl 25.5.2013 kurz „Cvičení paměti jako prevence i jako terapie“, který lektorovala Mgr. J. Suchá. Bohužel pro malý zájem byl zrušen kurz „Kinesiologie taping pro ergoterapeuty“, který byl plánovaný v termínu 31.5.–1.6.2013 v Českých Budějovicích.

4. Plánované vzdělávací akce ve zkratce: kurz Kinesiologie taping pro ergoterapeuty, 27.9.–28.9.2013, České Budějovice, 25. celostátní odborná konference ČAE, 11.10.2013, Praha, kurz Cvičení paměti u seniorů a lidí s demencí, termín 23.11.2013, Praha. Další odborné kurzy a semináře jsou v jednání. Bližší informace o kurzech a seminářích, včetně přihlášek naleznete na www.ergoterapie.cz.

18. Meeting of ENOTHE

Autor: Mgr. Kateřina Svěčená, vedoucí ergoterapeut, Bc. et Bc. Zuzana Rodová, ergoterapeut Kliniky rehabilitačního lékařství I. LF UK a VFN v Praze
Kontakt: katerina.svecena.lf1@seznam.cz, zuzana.rodova@lf1.cuni.cz

Ve dnech 18.–20. října se konal ve městě Vilnius v Litvě 18. ENOTHE meeting (European Network of Occupational Therapy in Higher Education – Setkání Evropské sítě ergoterapeutického vyššího vzdělávání). Jedná se o setkávání učitelů a studentů z jednotlivých evropských ergoterapeutických škol a zástupců ergoterapeutických asociací. Cílem není jen získání nových informací v rámci příspěvků, ale budování kontaktů mezi jednotlivými univerzitami a plánování společných projektů.

Za Českou republiku zde byly přítomny zástupkyně za 1. Lékařskou fakultu Univerzity Karlovy Mgr. Kateřina Svěčená a Bc. et Bc. Zuzana Rodová. Za Univerzitu Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem Mgr. Eva Macková. Zástupci obou univerzit zde prezentovali svůj

aktivní příspěvek. Eva Macková přišla s příspěvkem orální prezentace v rámci paralelních skupin: *Aging at workplace from ergonomic point of view*. Mgr. Kateřina Svěčená a Bc. et Bc. Zuzana Rodová s příspěvkem v rámci Market places, sekce vzdělávání (komentovaný poster): *Planning the Opening of the OT Master Programme*.

Celé setkání bylo uspořádáno v duchu hesla: European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations 2012. Rok 2012 byl vyhlášen rokem aktivního stárnutí, a aby byla solidarita mezi generacemi. Valná část příspěvků se věnovala právě aktivnímu stárnutí a uváděním studií, které ukazovaly prospěch z různých aktivit, které mohou senioři provádět.

Zástupci z jednotlivých zemí informují o rozvoji ergoterapie ve své zemi. Pro ilustraci V Německu je již několik let otevřeno nejen studium ergoterapie na bakalářském stupni, ale i na magisterském. Více informací o vzdělávání v jednotlivých zemích naleznete na webových stránkách COTEC (Council of Occupational Therapists for the European Countries): <http://www.cotec-europe.org/eng/627/>.

V Litvě, ve Vilniusu, se při této příležitosti konalo 10. výročí otevření studia ergoterapie na tamní univerzitě. Při této příležitosti jsme si uvědomily, že v roce 2014 bude 20leté výročí otevření bakalářského stupně studia na 1. Lékařské fakultě.

Mezi zajímavé příspěvky patřilo například: *Using Mindfulness: Enhancing Quality of Life For Aging Clients and Ourselves* od Linda Hunt, Bobbie Wagner, Holly Edwards (Pacific University, USA). Jedná se o metodiku, ve které se terapeut má koncentrovat na současnost (okamžitý moment) v práci s klientem. Tedy všímavost a její vliv na nás a na kvalitu života stárnoucích klientů. Výstupem tohoto příspěvku je výrok že nevěšmavost mnohdy může být důvodem mnoha rozporů mezi lidmi. Jedním z takových důvodů, kdy nevěšmujeme dostatečnou pozornost v roli terapeuta svým pacientům, potažmo v roli učitele svým studentům, může být multitasking. Což znamená činnost mozku, kdy řešíme mnoho úkolů najednou a nevěšmujeme dostatečnou pozornost našemu hlavnímu úkolu. Příkladem takových multitasking může být to, že během terapie máme „plnou hlavu“ toho co máme ten den ještě stihnout. Pokud je naše pozornost roztržštěná, může nám uniknout mnoho informací a pacient, případně student v nás může ztrácet důvěru. Někdy tato skutečnost může být počátkem konfliktu.

Dalším zajímavým příspěvkem přispěli studenti ze Švýcarska – Badertscher Andri, Marchner Melanie, Marthaler Esther, Messerli Samira: *The use of mobile phones by people over 65 – „Social participation*. Tento příspěvek byl zaměřen na to, jak lidé nad 65 let věku využívají mobilní telefony a jaký vliv to má na jejich sociální začleňování.

V rámci této studie bylo uvedeno, že lidé nad 65 let věku pracují s telefonem jiným způsobem, než lidé mladšího věku. Jak bylo uvedeno, neexistuje jeden ideální mobilní telefon pro seniory a je důležitá pomoc ergoterapeuta při jeho výběru.

V rámci setkání ENOTHE bylo uvedeno mnoho a mnoho zajímavých příspěvků. My jsme si zde dovolily uvést jen některé z nich jako ochutnávku. Protože neustále vzrůstá křivka průměrné délky života, byl rok 2012 zaměřen na aktivní stárnutí.

Abstrakty z jednotlivých přednášek naleznete na: www.enothe.eu

Další setkání v rámci ENOTHE se budou konat v následujících letech:

- 2013 York, United Kingdom- European year of citizens (Evropský rok občanství)
- 2014 Nijmegen, The Netherlands
- 2015 in discussion with France and Rumania
- 2016 ENOTHE-COTEC joint congress, Galway, Ireland

Dávky pro osoby se zdravotním postižením v kontextu aktuální právní úpravy

Autor: Mgr. Jana Jelínková, prezidentka ČAE a zástupce ČAE v pracovní skupině MPSV pro pomůcky pro osoby se zdravotním postižením

Kontakt: jelinkova@btinternet.com

Úvod

Souhrnný článek představuje aktuální legislativu upravující poskytování dávek na zvláštní kompenzační pomůcky osobám se zdravotním postižením. Důvodem uveřejnění informací o této problematice je skutečnost, že Česká asociace ergoterapeutů je členem pracovní skupiny MPSV pro pomůcky pro osoby se zdravotním postižením. Hlavním důvodem vzniku této pracovní skupiny je monitorovat vývoj a nabídku technických pomůcek a poskytovat poradenství pracovníkům Úřadů práce České republiky, kteří se podílejí na posuzování žádostí o příspěvek na zvláštní kompenzační pomůcky. Česká asociace ergoterapeutů byla oslovena k účasti v pracovní skupině také z toho důvodu, že ergoterapeut by mohl být zapojen do procesu posuzování nároku žadatele o příspěvek na zvláštní kompenzační pomůcku. Podoba spolupráce ergoterapeuta s pracovníky Úřadů práce se stále dojednává. Nutné je především vyřešit, z jakých zdrojů by bylo ergoterapeutické šetření prováděné za účelem zhodnocení funkčních schopností žadatele o zvláštní kompenzační pomůcku hrazeno.

Ergoterapie přináší důležité informace o úrovni fungování osoby, které jsou nezbytné pro plánování cílené intervence a zhodnocení aktuálních i budoucích potřeb a nároků osoby. Domníváme se proto, že ergoterapeut může být užitečným spolupracovníkem při posuzování nároku na zvláštní kompenzační pomůcku, ale i při hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby.

Pokud bude ergoterapeut do procesu posuzování nároku na příspěvek zařazen, je nutné, aby byl patřičně seznámen s platnou legislativou a aby proces posuzování žadatelů byl jednotný, pokud možno standardizovaný. Z tohoto důvodu bude i nadále Česká asociace ergoterapeutů informovat své členy o aktuálních změnách v této oblasti a naším plánem je též navrhnout doporučený postup pro posuzování osoby pro dávkové účely. Budeme velmi rádi, pokud se i naši členové k návrhu vyjádří, případně se budou aktivně podílet na jeho přípravě. V současné době není běžně ergoterapeut oslovován k vytvoření posudku o funkčním stavu žadatele, ale v pracovní skupině MPSV je jeho účast stále diskutována a podporována.

Právní předpisy upravující dávky pro osoby se zdravotním postižením

Zdroj: <http://www.mpsv.cz/cs/8#dsp>

Dávky pro osoby se zdravotním postižením upravuje *zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením* (dále jen „zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením“, ve změně z. č. 141/2012 Sb. a z. č. 331/2012 Sb.). Tento zákon upravuje poskytování peněžitých dávek osobám se zdravotním postižením určených ke zmírnění sociálních důsledků jejich zdravotního postižení a k podpoře jejich sociálního začleňování. Provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením upravuje *vyhláška č. 388/2011 Sb.*, v platném znění (změna v.č. 56/2012 Sb. a v.č. 409/2012 Sb.). Seznam druhů a typů zvláštních pomůcek určených osobám s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, těžce sluchově postiženým osobám, těžce zrakově postiženým osobám a osobám s těžkou nebo hlubokou mentální retardací, na jejichž pořízení se poskytuje příspěvek na zvláštní pomůcku, je uveden v příloze č. 1 k této vyhlášce.

Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením upravuje:

- příspěvek na mobilitu
- příspěvek na zvláštní pomůcku
- průkaz osoby se zdravotním postižením a některé benefity, které z něj vyplývají.

Posuzováním žádostí a zhodnocením nároku na dávku jsou pověřeny pracovníci krajských poboček Úřadu práce České republiky. Odvolacím orgánem je Ministerstvo práce a sociálním věcí.

1. Příspěvek na zvláštní pomůcku

Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku má osoba, která má:

- těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí
- těžké sluchové postižení
- těžké zrakové postižení.

Tam, kde je pomůckou motorové vozidlo, má nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí anebo těžkou nebo hlubokou mentální retardaci.

Okruh zdravotních postižení odůvodňující přiznání příspěvku a zdravotní stavy vylučující jeho přiznání jsou uvedeny v příloze k zákonu o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením.

Podmínkou pro poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku dále je, že:

- Osoba je starší 3 let (motorové vozidlo, úprava bytu), 15 let (vodící pes), 1 roku (všechny ostatní pomůcky).
- Zvláštní pomůcka umožní osobě sebeobsahu nebo ji potřebuje k realizaci pracovního uplatnění, k přípravě na budoucí povolání, k získávání informací, vzdělávání anebo ke styku s okolím.
- Osoba může zvláštní pomůcku využívat.
- Zvláštní pomůcka není zdravotnickým prostředkem, který je plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění anebo je osobě zapůjčen příslušnou zdravotní pojišťovnou. Také nesmí jít o zdravotnický prostředek, který nebyl osobě uhrazen z veřejného zdravotního pojištění nebo zapůjčen zdravotní pojišťovnou z důvodu nedostatečné zdravotní indikace.
- Pokud je pomůckou motorové vozidlo, je také podmínkou, že se osoba opakovaně v kalendářním měsíci dopravuje a že je schopna řídit motorové vozidlo nebo je schopna být vozidlem převážena.
- Seznam druhů a typů zvláštních pomůcek, na které je dávka určena, je obsažen ve vyhlášce. Příspěvek se poskytuje i na pomůcku, která ve vyhlášce uvedena není, a to za podmínky, že jí krajská pobočka ÚP považuje za srovnatelnou s některou z pomůcek, která ve vyhlášce uvedena je.

2. Stanovení výše příspěvku na zvláštní pomůcku

Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením rozlišuje, zda je o pomůcku v ceně do nebo přes 24 000 Kč a speciální úpravu má pro motorové vozidlo.

Na pořízení zvláštní pomůcky v ceně nižší než 24 000 Kč se příspěvek na zvláštní pomůcku poskytne jen osobě, která má příjem (příjem s ní společně posuzovaných osob) nižší než 8násobek životního minima jednotlivce

nebo životního minima společně posuzovaných osob. Výše příspěvku na zvláštní pomůcku se stanoví tak, že spoluúčast osoby činí 10 % z předpokládané nebo již zaplacené ceny zvláštní pomůcky, nejméně však 1 000 Kč. Z důvodů hodných zvláštního zřetele, zejména žádá-li osoba opakovaně o příspěvek na různé zvláštní pomůcky v ceně do 24 000 Kč, lze tento příspěvek poskytnout, i když příjem osoby a příjem osob s ní společně posuzovaných přesahuje výše uvedený násobek životního minima.

Výše příspěvku na pořízení zvláštní pomůcky, jejíž cena je vyšší než 24 000 Kč, se stanoví tak, že spoluúčast osoby činí 10 % z předpokládané nebo již zaplacené ceny zvláštní pomůcky. Jestliže osoba nemá dostatek finančních prostředků ke spoluúčasti, krajská pobočka ÚP určí nižší míru spoluúčasti (s přihlédnutím k míře využívání zvláštní pomůcky, k příjmu osoby a příjmu osob s ní společně posuzovaných a k celkovým sociálním a majetkovým poměrům), minimálně však 1 000 Kč.

Výše příspěvku na zvláštní pomůcku (motorové vozidlo) se stanoví s přihlédnutím k četnosti a důvodu dopravy, příjmu osoby a příjmu osob s ní společně posuzovaných a celkovým sociálním a majetkovým poměrům. Maximální výše příspěvku na zvláštní pomůcku (motorové vozidlo) činí 200 000 Kč.

Limity

- Maximální výše příspěvku na zvláštní pomůcku činí 350 000 Kč; 400 000 Kč v případě příspěvku na zvláštní pomůcku na pořízení schodišťové plošiny.
- Součet vyplacených příspěvků na zvláštní pomůcku nesmí v 60 kalendářních měsících po sobě jdoucích přesáhnout částku 800 000 Kč; 850 000 Kč, pokud v této době byl poskytnut příspěvek na zvláštní pomůcku na pořízení schodišťové plošiny.

3. Seznam druhů a typů zvláštních pomůcek určených osobám se zdravotním postižením, na jejichž pořízení se poskytuje příspěvek na zvláštní pomůcku

I. Zvláštní pomůcky určené osobám s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí

1. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 1 přílohy k zákonu:
 - a) dodatečná úprava motorového vozidla; jedná se o úpravy vyžadující montáž, např. ruční ovládání, usnadňování nastupování, nakládání vozíku,
 - b) stavební práce spojené s uzpůsobením koupelny a WC; jedná se o stavební práce a s nimi nezbytně související materiál na úpravu (nikoli o obklady, podlahové krytiny, sanitu apod.).

2. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 1 písm. c), d), g), j) a k) přílohy k zákonu: speciální komponenty osobního počítače, např. uzpůsobená klávesnice, myš, speciální programové vybavení.
3. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 1 písm. a), b), d) až i) přílohy k zákonu:
 - a) nájezdové ližiny,
 - b) přenosná rampa,
 - c) schodolez,
 - d) schodišťová plošina, včetně instalace,
 - e) stropní zvedací systém, včetně instalace.
4. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 1 písm. a) až g), i) a j) přílohy k zákonu: stavební práce spojené s rozšířením dveří v bytě.
5. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 1 písm. a), d) a i) přílohy k zákonu: schodišťová sedačka, včetně instalace.

II. Zvláštní pomůcky určené těžce zrakově postiženým osobám

1. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 2 přílohy k zákonu:
 - a) kalkulátor s hlasovým výstupem,
 - b) digitální čtecí přístroj pro nevidomé s hlasovým výstupem,
 - c) digitální zápisník pro zrakově postižené s hlasovým výstupem nebo braillovým displejem,
 - d) speciální programové vybavení pro zrakově postižené.
2. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 2 písm. a) a b) přílohy k zákonu:
 - a) vodící pes,
 - b) slepecký psací stroj,
 - c) DYMO kleště,
 - d) elektronická orientační pomůcka pro nevidomé a hluchoslepé,
 - e) elektronická komunikační pomůcka pro nevidomé a hluchoslepé,
 - f) indikátor barev pro nevidomé,
 - g) měřicí přístroje pro domácnost s hlasovým nebo hmatovým výstupem,
 - h) braillový displej pro nevidomé,
 - i) tiskárna reliéfních znaků pro nevidomé,
 - j) hlasové popisovače pro nevidomé a hluchoslepé.
3. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 2 písm. a) až c) přílohy k zákonu: diktafon.
4. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 2 písm. b) až d) přílohy k zákonu:
 - a) kamerová zvětšovací lupa,
 - b) digitální zvětšovací lupa.

III. Zvláštní pomůcky určené těžce sluchově postiženým osobám

1. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 3 přílohy k zákonu:
 - a) signalizace bytového zvonku, signalizace domovního zvonku, včetně instalace,
 - b) signalizace pláče dítěte, včetně instalace,
 - c) speciální programové vybavení (aplikace do telefonu, programy do osobního počítače) pro edukaci a reedukaci sluchu umožňující nácvik mluvení, odezírání nebo znakové řeči.
2. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 3 písm. b) přílohy k zákonu: individuální indukční smyčka.
3. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 3 písm. c) přílohy k zákonu:
 - a) elektronická orientační pomůcka pro nevidomé a hluchoslepé,
 - b) elektronická komunikační pomůcka pro nevidomé a hluchoslepé.
4. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 3 písm. b) a c) přílohy k zákonu:
 - a) zařízení pro poslech audiovizuálního zařízení,
 - b) signalizace telefonního zvonění,
 - c) telefonní zesilovač.

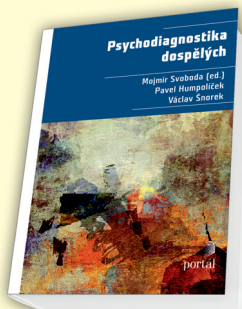
IV. Zvláštní pomůcky určené osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 4 přílohy k zákonu

- a) motorové vozidlo,
- b) speciální zadržení systémy (nikoli běžné dětské autosedačky).

Mojmír Svoboda (ed.), Pavel Humpolíček, Václav Šnorek

Psychodiagnostika dospělých

Publikace vychází z knihy *Psychologická diagnostika dospělých* a zabývá se: etickými otázkami v psychodiagnostice, testy inteligence, testy kognitivních funkcí a organického poškození CNS, nejnovějšími verzemi WAIS-III, WMS-III, komprehenzivním systémem interpretace Rorschachova testu podle Exnera, interpretačním postupem u testu TAT, novými dotazníkovými metodami aj.
váz., 488 s., 595 Kč



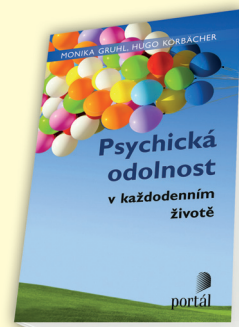
Monika Gruhl, Hugo Körbächer

Psychická odolnost

v každodenním životě

Kniha se zaměřuje na posilování základních postojů, kterými jsou optimismus, akceptace reality a orientace na řešení, přebírání odpovědnosti, péče o vztahy a utváření vlastní budoucnosti. Autoři text doplňují o řadu případových situací, komentáře, podněty pro reflexi a praktická cvičení.

brož., 144 s., 219 Kč



Josef Zehentbauer

Drogy lidského těla

bez vedlejších účinků

Lidské tělo produkuje vlastní substance, které působí jako antidepresiva, anxiolytika, stimulanty, tišící prostředky apod. Autor popisuje názorně biochemické pochody v lidském těle a účinek „drog“, které naše tělo produkuje. Nabízí zároveň řadu podnětů, jak tyto látky vlastní našemu tělu zdravým způsobem aktivovat a využít - bez jakýchkoli vedlejších účinků.

brož., 216 s., 315 Kč



Verena Kast

Úzkost a její smysl

Úzkost významně působí na naši duši i tělo - způsobuje napětí, ohrožuje, ruší, zasahuje nás v jádru našeho bytí. Autorka popisuje úzkost, vysvětluje její dynamiku i výrazové formy a obtíže, které způsobuje. Pouze ten, kdo se nesnaží před úzkostí utéct, kdo se jí aktivně postaví, může ji proměnit v pozitivní životní sílu.

brož., 240 s., 345 Kč



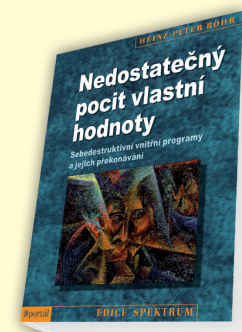
Heinz-Peter Röhr

Nedostatečný pocit vlastní hodnoty

Sebedestruktivní vnitřní programy a jejich překonávání

Autor čtenáři pomáhá nejprve sebedestruktivní vnitřní naprogramování rozpoznat. Vychází z poznatků a konceptů různých psychologických směrů a psychoanalytických škol - z psychoanalýzy, KBT, transakční analýzy, existenciální psychoterapie - a s jejich využitím následně pomáhá, jak ze starých programů vystoupit a zaujmout nový postoj k sobě i k životu.

brož., 176 stran, 279 Kč

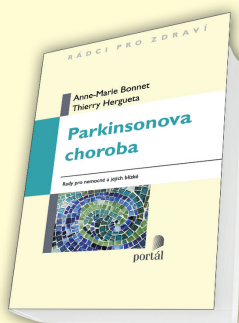


Anne-Marie Bonnet, Thierry Hergueta

Parkinsonova choroba

Průručka podává pomoc nemocným, jejich rodinným příslušníkům i blízkému okolí. Přehledně strukturované kapitoly se zabývají podrobně etapami onemocnění, terapeutickými strategiemi i psychologickou pomocí. Kniha obsahuje graficky vyznačené souhrny nejdůležitějších informací, závěr knihy je věnován nejnovějším výzkumům a poznatkům.

brož., 160 s., 299 Kč



Sara Palmer, Jeffrey B. Palmer

Soužití s partnerem po mrtvici

Autoři radí, jak správně pomáhat člověku, který prodělal mozkovou mrtvici. Myslí i na to, že manželé, do jejichž života vstoupila mozková mrtvice jednoho z nich, nadále zůstávají manželi. Radí, jak podporovat manželský vztah a také sexualitu a intimitu po mozkové příhodě.

brož., 224 s., 299 Kč

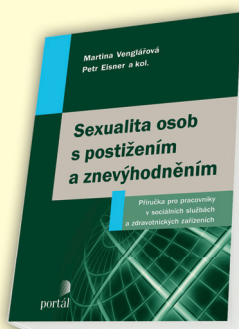


Martina Venglářová, Petr Eisner a kol.

Sexualita osob s postižením a znevýhodněním

Kniha popisuje lidskou sexualitu a specifika vývoje a omezenou možnost sexuálních kontaktů u lidí s mentálním postižením, duševním onemocněním i jinak znevýhodněných osob - zejména seniorů v ústavní péči. Autoři v rámci kazuistik ukazují vhodné postupy při řešení často se opakujících situací. Zahrnuty jsou i ukázky postupu sexuální výchovy.

brož., 208 s., 369 Kč



III. ODBORNÁ ČÁST

Laudatio: Prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc.

Doc. MUDr. Olga Švestková, Ph.D.

(studentka, podřízená, spolupracovnice, nadřízená p. Prof. Pfeiffera)

Klinika rehabilitačního lékařství 1. Lékařské fakulty v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Olga.svestkova@lf1.cuni.cz

V letošním roce Prof. MUDr. Jan Pfeiffer slaví své životní jubileum, 85 let. Tuto úžasnou osobnosti bych si dovolila označit za otce moderní rehabilitace v ČR. Je mi velkou ctí a každodenní radostí s ním stále spolupracovat. Na jeho počest bych Vám jej chtěla trochu přiblížit.

Prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc., se narodil 17. dubna 1928 v Praze v sanatoriu Dr. Jerie v Londýnské ulici. Byl pokřtěn jménem Jan Gustav Pfeiffer Burian. Dětství a mládí prožil v Lomnici nad Lužnicí v jižních Čechách. Jeho otec pracoval nejprve jako vojenský lékař a poté jako lékař v Lomnici nad Lužnicí. Jan žil v domě, kde jeho otec měl ordinaci. Maminka, rozená Burianová, byla v domácnosti a manželovi pomáhala v ordinaci.

Jan chodil do základní školy v Lomnici nad Lužnicí a do gymnázia začal jezdit do Třeboně v roce 1939. Jako gymnazijní student nevynikal, bavil ho skauting, více se věnoval přírodě než škole. Po maturitě v roce 1947 se přihlásil na studium medicíny do Prahy.

Od roku 1950 do roku 1952 pracoval jako fiškus na Hennerově Neurologické klinice z počátku u profesora Jirouta a později u profesora Lesného. Začal docházet a pracovat v Jedličkově ústavu, kde pracuje jako konzultant dodnes a sám tvrdí, že to byla nejlepší škola v oblasti rehabilitace osob s těžkou disabilitou.

V roce 1951 se oženil, jeho manželka pracovala jako vychovatelka. Po promoci v roce 1952 dostal Jan umístěnkou do Dubí u Teplic. Na infekčním oddělení v Teplicích zůstal do konce roku 1953. Později v Praze vedl poliomyelitickou poradnu, kterou mu předal v roce 1986 a kterou od té doby vedu já.

V Jedličkově ústavu Jan založil turistický kroužek, který byl vystaven na skautském programu. Vytvořil program pomocí různých her, který měl psychologický a tréninkově „rehabilitační“ program. Tyto principy se dnes používají v moderní rehabilitaci v oblasti fyzického, mentálního, psychického i smyslového postižení. V ústavu Jan pracoval plně do roku 1959, kdy atestoval z neurologie a byl přijat na Neurologickou kliniku. Do ústavu dodnes

dochází jako konziliář a tedy vlastně pracuje pro Jedličkův ústav nepřetržitě 61 let.

Na Neurologické klinice začal spolupracovat v rehabilitaci s doc. MUDr. Karlem Obrdou, CSc., který založil v roce 1962 první neurorehabilitační pracoviště v České republice, které brzy mělo metodickou a vedoucí pozici i ve výukové oblasti. Rehabilitace na neurologii měla vysokou odbornou úroveň, ale dominovaly prostředky léčebné, zaměřené neurofyzilogicky. Jan se snažil k nim připojit pracovní, sociální a pedagogické složky rehabilitace, což se mu dodnes nepodařilo plně prosadit, hlavně jejich vzájemnou návaznost a koordinaci. Doufejme, že se to podaří jeho žákům. Docentu Obrdovi se podařilo při rehabilitačním oddělení vytvořit vědeckou základnu, která se stala v roce 1962 centrem Komise pro fyzikální medicínu a rehabilitaci.

V roce 1953 na Neurologické klinice bylo založeno samostatné oddělení rehabilitace a Neurologická klinika spolupracovala s Rehabilitačním ústavem v Kladrubech. Rehabilitační oddělení velmi brzy vybudovalo skvěle vybavenou neurofyzilogickou laboratoř. Dobré bylo i napojení na Fyzilogický ústav ČSAV.

Jan dostal stipendium u profesora G. Tardieu ve Francii, kam odjel na podzim v roce 1968. Ve Francii byl rok, a jak sám říká, naučil se tam velmi mnoho například o práci interprofesního týmu v rehabilitaci. Velký impuls k pojetí moderní rehabilitace získal Jan v Německu, v Kolíně nad Rýnem u profesora Kurta Jochheima, kde profesor Pfeiffer zažil úzkou spolupráci v rehabilitaci mezi zdravotním zařízením a úřadem práce a tedy i proces začleňování do pracovního procesu.

Po celou tuto dobu pracoval Jan Pfeiffer na Neurologické klinice, zpočátku jako sekundář, poté jako odborný



Prof. Jan Pfeiffer v křesle pro Fausta v roce 2008

asistent a jako docent. V roce 1972 se stal přednostou Rehabilitačního oddělení Všeobecné fakultní nemocnice a krajským odborníkem rehabilitace pro Prahu. V roce 1982 byla založena Katedra rehabilitačního lékařství a profesor Pfeiffer dostal budovu na Albertově č. 7, dříve Balneologický ústav. V roce 1986 obhájil Jan velký doktorát a téhož roku byl jmenován profesorem. V tom roce v listopadu vznikla Klinika rehabilitačního lékařství

Já jsem se poprvé setkala s asistentem Pfeifferem v roce 1974 jako studentka 4. ročníku Fakulty všeobecného lékařství na letní praxi studentů ve Varně, kde nás Jan měl jako pedagogický dozor na starosti. V pátém ročníku jsem začala pracovat na Neurologické klinice jako pomocná vědecká síla. Pracovala jsem na rehabilitaci pod vedením Jana i na jeho doktorské práci. Na Neurologické klinice jsem pracovala do ukončení studia.

Když jsem se s rodinou v roce 1984 vrátila z dvouletého pobytu v Africe, Jan vypsál konkurz na lékařské místo na nově vzniklou Katedru rehabilitačního lékařství a na Rehabilitační oddělení Všeobecné fakultní

nemocnice. Tento konkurz jsem vyhrála a nastoupila v roce 1985. Od té doby pracuji pod laskavým vedením a přátelstvím Jana. Považuji se za jeho žákyni a pod jeho vedením jsem se účastnila v roce 1992 založení WHO Collaborating Center Rehabilitation for All a spolupracovala jsem na vzniku Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF).

Prof. Pfeiffer zastupoval ČR při přípravě a revizi nové klasifikace v Haagu. Později jsem v této skupině začala pracovat i já. Prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví ČR Jan jako první spoluautor vydal v roce 1997 příručku „Činnost center rehabilitace“, která je koncipována již podle tohoto pojetí klasifikace.

Jan založil na počátku jednoduchou tréninkovou místnost pro nácvik denních činností, která se postupně rozrostla na další bezbariérové prostory, koupelny, sprchy a toalety. Vytvořil první ergoterapeutické dílny, z kterých je dnes na klinice řada velice dobře vybavených (například dílna keramická, dřevařská, textilní, administrativní či zahradnická). Původní bariérovou budovu jsme postupně přestavěli na bezbariérové prostředí včetně výukových prostor. Rozšiřovala se výuka mediků, zahájili jsme výuku bakalářských oborů ergoterapie a později fyzioterapie a nyní jsme podali akreditaci magisterského vzdělání v ergoterapii a fyzioterapii.

Jan má tři děti, osm vnuků, sedm pravnoučat a jedno je na cestě. Dcera Arna je zubní lékařka, Dorka etnoložka a syn Jan je psychiatr. Myslím si, že jeho čtvrtým dítětem je již výše zmíněná Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví.

Na základě jednání mezi Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR a Ministerstvem zdravotnictví ČR usku- tečněného dne 1. června 1999 byla ustavena mezipříslušná pracovní skupina, jejímž úkolem bylo navrhnout koncepci systému rehabilitace v České republice a připravit zákon o rehabilitaci, což je celoživotním velkým dílem Jana. Zákon o koordinované rehabilitaci se dodnes připravuje na MPSV, ale nevíme, kdy bude přijat.

Ráda jsem s Janem jezdila na kongresy a semináře. Ces- tou na místa konání jsem zjišťovala, jaké má Jan rozsáhlé znalosti z oblasti přírodovědy - poznávání ptáků, květin, stromů, z historie a samozřejmě odborné znalosti. Na kon- ferencích byl vždy „středem pozornosti“, bylo vidět, jak si ho kolegové vážili a mají ho rádi. Je laskavý k pacientům, studentům i kolegům a nikdy mu není zatěžko akutně pře- vztít výuku nebo ordinaci.

Na rehabilitační konferenci, která se každý pátek koná na naší klinice, se vždy těšíme na jeho odborné připomínky a rady. Neustále publikuje, vzdělává se. Naučil se pracovat s počítačem, denně ho používá, ale staví se k němu jako k „laskavému nepříteli“.

Ertomis

Prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc.

*Klinika rehabilitačního lékařství 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze*

ERTOMIS Assessment Metod (EAM) – je pomoc při hledání zaměstnání. Jde o velmi promyšlený systém přípravy na pracovní rehabilitaci. Základní úkol EAM je porovnat mezi reziduálními schopnostmi jedince s disabilitou a konkrétním současným výkonem při určité pracovní činnosti (zaměstnání). Metoda se skládá ze dvou identifikačních profilů: Profil schopnosti (kapacita hodnoceného jedince), profil performace (Leistungs Fähigkeit) požadavků které zapojení do aktivní práce vyžaduje. Druhý profil schopnosti je přibližně to, co MKF uvádí jako výkon (Leistung) profil pracovního programu, tedy včetně faktorů prostředí, aby práce mohla být vykonána.

Hodnotí se:

- Mentální schopnosti.
- Horní a dolní končetiny, jejich koordinace a pohyby.
- Základní pozice a pohyblivost.
- Senzorické schopnosti.
- Řeč a psaní jako komunikační prostředky.
- Tolerance práce – ve vztahu k environmentálním podmínkám (prostředí).
- Organizační (vůdcovské) schopnosti
- Položky každé kategorie jsou hodnoceny pětibodovou škálou a jsou doplněny detailními definicemi a příklady. Definice jsou pečlivě uvedeny za použití ergonomických a psychologických standardů.

Samostatnou hodnotou EAM je šetření 17 psychologických proměnných, které se vztahují k pracovním činnostem. Jsou to „drajv“, (drive, chuť do práce), motivace, nezávislost (povolání), práce v kolektivu (týmová práce), kritická kontrola, odpovědnost, odolnost vůči stresu, učít se (paměť), abstraktní myšlení, vnímavost, řešení problémů, pracovní tempo, reakční čas, vytrvalost, soustředěnost, ostražitost. Každá z těchto hodnot je definována v terminologii vztahující se k pracovní činnosti a spjata se standardními pracovními testy. Sekce mentálních schopností EAM získala významný podnět během vytváření testů od amerických a německých industriálních a klinických psychologů.

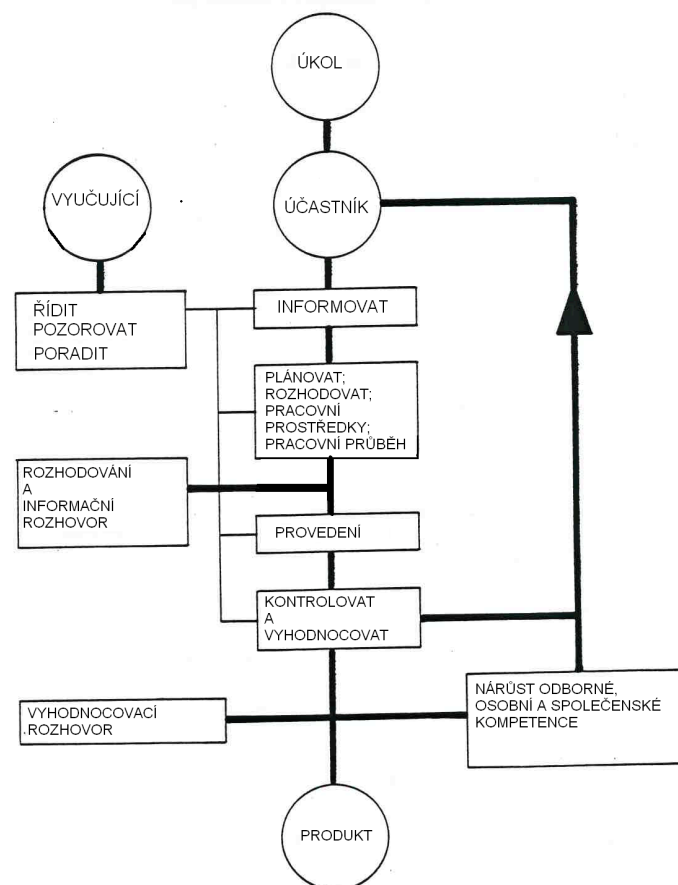
„Profily“ jednotlivých stupňů začleňování jsou snáze realizovány při nezávislém testování a analyzování během hospitalizace na rehabilitačním zařízení (oddělení), které je kvalifikované provádět integraci pomocí EAM. EAM

je výsledkem usilovné práce řady odborníků, především prof. K. A. Jochheima, Dr Mittelsten Schieda a dalších, kteří ve spolupráci se zaměstnavateli v různých průmyslových oblastech hledali společnou řeč k začlenění osob s disabilitou do pracovního procesu.

ERTOMIS je publikován ve velmi atraktivní podobě. Jde o listy nazvané Pomoc při hledání povolání (Hilfen zur BERUFSBILDUNG), jsou to na názorných obrazech sestavované požadavky od jednoduchých ke stále náročnějším, podle kterých hodnocený jedinec (rehabilitant) si ověřuje jak a kolik úkolů je schopen splnit. Současné má možnost konzultací s vedoucím ergoterapeutem.

Práce je hodnocena buď pro jednotlivé zaměstnance, nebo pro skupinu osob, (tým, kolektiv), které se musí

ZÁKLADNÍ SCHÉMA PRO PROJEKTOVÉ PRÁCE



podřídít kolektivnímu programu. Tímto způsobem jsou řízena všechna rehabilitační centra, což usnadňuje návaznost rehabilitace na pracovní začlenění.

Osobně jsem se nechal posoudit metodou ERTOMIS v NSR na pracovní místo, kde nejsou zatěžovány dolní končetiny, a není nutná specializace. Práce je tedy vsedě. Byl jsem hodnocen jako pomocný pracovník v elektrotechnice. Byl jsem posazen k pracovnímu stolu, kde byl dobře čitelný text dostatečně velkými písmeny, kde byl popis vyžadované práce. Vyrobit elektrickou pomůcku, která při zapojení baterie bude schopna střídavě přepínat z jedné žárovky na druhou, podobně jako jsou označeny světly nechráněné železniční přejezdy, kde nejsou závory. Na stole je instrukce. V pravé horní zásuvce je materiál,

který budete potřebovat. V levé horní zásuvce je nářadí, které budete potřebovat. Nad vámi je zavěšena pájka, kterou budete provádět elektrické spoje. Dále je uveden popis, jak se s pájkou pracuje. Na stole jsou dále 3 technické výkresy pracovního postupu při práci. Po přečtení a připravení materiálu jsem byl dotázán odborníkem ergoterapeutem s elektronickým vzděláním, zda je mi něco nesrozumitelné, zda potřebuji další informace. Nebyl jsem si jistý, ale řekl jsem, že je mi vše jasné. Pak odborník zmáčkl časoměřič. Po ukončení práce žárovky k mému překvapení se skutečně při zapnutí zapínaly a střídavě vypínaly, což mne potěšilo. Bylo mi dále sděleno, že bych mohl být zaměstnán při jednoduchých elektronických pracích. Moje jazykové i manuální schopnosti že jsou pro práci dostačující.

Využití akcelerometru v rehabilitaci u pacientů po poškození mozku

(přehledový článek)

MUDr. Petra Sládková

Klinika rehabilitačního lékařství 1. lékařská fakulta University Karlovy
a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Rehabilitace pacientů po poškození mozku představuje multidisciplinární, komplexní, intenzivní, dlouhodobý a individuálně zaměřený proces. V ČR se v rehabilitaci běžně nepoužívají standardizované funkční nástroje, které objektivně hodnotí stupeň postižení (disabilitu) a funkční schopnosti pacientů. Častý následek poškození mozku v oblasti motoriky je hemiparéza, která způsobuje poruchu pohybového vzorce horní končetiny (HK). Schopnost pohybu HK je zásadní pro soběstačnost jedince, vykonávání běžných denních činností a nezávislý život v rodinném prostředí. Ukazuje se nezbytnost využívání moderních přístrojových technologií pro objektivizaci diagnosticko-terapeutické rehabilitační intervence, a to nejen v oblasti motoriky HK. Jednou z možností pro objektivní monitoring poruchy pohybového vzorce HK u pacientů po poškození mozku je využít akcelerometr.

Hlavním cílem rehabilitace je co nejvíce minimalizovat přímé důsledky trvalého nebo dlouhodobého zdravotního postižení, tedy optimálně se přiblížit fyziologické normě (Švestková O., 2011).

Moderní medicína 21. století si stále naléhavěji žádá, aby aplikované funkční diagnosticko-terapeutické postupy byly v souladu s tzv. medicínou založenou na důkazech (*evidence based medicine*).

V ČR neexistují specializovaná neurorehabilitační zařízení, která by se intenzivně a komplexně věnovala problematice pacientů s poškozením mozku (Angerová, Y. et al., 2010). U těchto pacientů se setkáváme s celým souborem

patologicko-patofyziologických změn, které způsobují různé deficity v oblasti motorických, kognitivních, fatických, smyslových a psychických funkcí.

Objektivizace dosažených výsledků (aktuálního stavu funkčních schopností) v rámci komplexní multidisciplinární rehabilitace bývá často obtížná. Z tohoto důvodu je důležité používat standardizované funkční testy a přístrojová měření, která se zaměřují hlavně na hodnocení stupně zdravotního postižení (disability, patofyziologie) u pacientů a objektivně zhodnotí zlepšení funkcí, a tedy přibližování se fyziologické normě.

Funkční diagnostika se musí provádět nejen na počátku,

při zahájení rehabilitačního procesu, ale také opakovaně a průběžně. Na základě výsledků této diagnostiky se následně stanoví krátkodobý i dlouhodobý rehabilitační plán a prognosa. Časná funkční diagnostika a na jejím základě indikovaná terapeutická rehabilitační intervence jsou nezbytným předpokladem k tomu, aby pacient mohl dosáhnout premorbidní kvality života (Švestková O. et Pfeiffer J., 2009).

Pro zachování optimální úrovně funkčních schopností pacientů je důležitý rozsah poruchy pohybového vzorce horních končetin. Nejčastějšími následky po poškození mozku jsou hemiparézy, které způsobují závažnou disabilitu (postižení) v oblasti pohybu horní i dolní končetiny (Kolář P. et al., 2009).

Horní končetina – spasticita – rehabilitační přístupy

Ruka je nejdůležitějším nástrojem, jímž člověk vstupuje do interakce s okolím. Funkce ruky v nejširším slova smyslu tak patří k elementárním lidským atributům. Triáda funkce ruky–lokomoce–komunikace patří ke klíčovými oblastem zájmu a cílům rehabilitace. Ruka může do značené míry zabezpečovat komunikaci a podporovat lokomoci, z neurovývojového ontogenetického i fylogenetického hlediska spolu tyto funkce úzce souvisí (Mayer M. et Hlušík P., 2004).

Klinické známky spastického syndromu jsou odrazem patofyziologie poruchy. Dominantní jsou symptomy zvýšení svalového tonu, charakteristická odpověď na pasivní protažení postižených svalových skupin, zvýšená odpověď šlachových a okosticových reflexů a přítomnost iritačních pyramidových jevů, flekčních i extenčních (Manns P.P., 2009). Spasticita zhoršuje pacientovy motorické schopnosti, omezuje pacienta v běžných denních aktivitách, limituje jeho soběstačnost a zhoršuje celkovou kvalitu života.

Spasticita po CMP je cerebrálního typu z oblasti hemisféry či mozkového kmene. Většinou se jedná o spasticitu, na horní končetině flekčně-pronačního typu (Ehler E. et al., 2009).

Klinickými studiemi je podloženo, že lze spasticitu redukovat pomocí pravidelného repetitivního tréninku diferencovaných pohybů akra, kterému by měla předcházet příprava periferie pomocí technik měkkých tkání (Muelbacher W. et al., 2002).

Klinické studie zabývající se rehabilitací pacientů po CMP s těžkou pravostrannou hemiparézou ukázala, že po včasné, intenzivní a dlouhodobě aplikované terapeutické intervenci se mohou prakticky zlepšit jejich funkční schopnosti *ad integrum*. Tyto klinické případy byly potvrzeny funkčním PET (pozitronová emisní tomografie) a funkční magnetickou rezonancí, jimiž bylo detekováno, že dochází k reorganizaci kortexu a po cvičení se zvyšuje

aktivita i v kontralaterálním kortexu (Keller A. et al., 1992).

Aplikované rehabilitační terapeutické přístupy musí být zároveň i pestré a zahrnovat nácvik nových činností včetně mechanismů motorického učení, což vede k žádané funkční reorganizaci korové reprezentace motorického kortexu (Nirko A.C. et al., 2001).

Rehabilitační intervence u poruch pohybového vzoru horní končetiny je časově náročný, individuální proces. Problémem je, že u závažného poškození mozku dochází často k narušení funkce motivace. Pokud dojde u pacientů k poškození frontálních laloků, je možné, že u pacientů bude výrazně narušen až zcela destruován komplexní jev označovaný jako motivace (Kulišťák P., 2006).

V České republice se rehabilitací ruky většinou zabývá rehabilitační lékař v úzké spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem, případně i s protetikem a speciálním pedagogem. Úzká týmová spolupráce je nezbytná od prvního kontaktu s pacientem. Společně s pacientem se vytváří plán konkrétních cviků zaměřených na jemnou motoriku na bázi senzomotorické funkční terapie.

Fyzioterapeut se aktivně podílí především na obnovení hybnosti trupu a končetin včetně nácviku lokomoce, zabránění vzniku kontraktur, udržení kloubní pohyblivosti a fyziologické délky končetin. Ergoterapeut hlavně hodnotí a provádí nácvik soběstačnosti (mobilita v rámci lůžka, přesuny, vertikalizace, soběstačnost v oblékání, intimní hygiena, schopnost orientace, komunikace) (Jebesen R.H. et al., 1969).

Možnosti klinického využití akcelerometru v rehabilitaci

Objektivní možnost pro měření fyzické aktivity nabízí využití akcelerometrů, protože monitorují pohyby těla v době akcelerace. Tato informace může být použita pro interpretaci intenzity fyzické aktivity v průběhu času. Akcelerometry mají velkou výhodu ve schopnosti zaznamenávat aktivitu kontinuálně celé dny i týdny a umožnit tak měřit aktivitu pacientů i v jejich domácím prostředí (Culhane K.M. et al., 2004).

Akcelerometry mají v rehabilitaci řadu potenciálních využití např. v oblasti monitoringu a vyšetření chůze, resp. zapojování dolních končetin. Akcelerometry mohou přinést jiný pohled do objektivní analýzy chůze, pokud se monitoring provede v kombinaci s klinickým hodnocením (Rand D. et al., 2009).

Proběhlo také klinické testování akcelerometrů při sledování dýchacích pohybů u pacientů s apnoickými pauzami v průběhu spánku, kdy jsou senzory umístěny v oblasti hrudníku. Pokud se akcelerometr umístí na zápěstí, je možné zároveň sledovat stupeň aktivity v průběhu spánku (Kawada T. et al., 2008, Morillo D.S. et al., 2010).

Akcelerometr lze rovněž aplikovat při stratifikaci rizika pádu a umožnit tak včasné zahájení vhodné terapeutické intervence, a tedy redukovat rizika dalšího možného pádu (Culhane K.M. et al., 2005, Rinehart J.K. et al., 2009).

Ve většině publikovaných článků jsou odborníky využívána inerciální zařízení ve formě jednoosého nebo víceosého akcelerometru. To postačuje pro základní rozpoznání pohybové aktivity, případně postavení senzoru, resp. končetiny vůči gravitaci (Gebruers N. et al., 2010).

Další možností pro využití akcelerometru v rehabilitaci je monitoring zapojování HK do běžných denních činností (např. oblékání, příprava jídla, osobní hygiena).

Většina pacientů po poškození mozku různě kompenzuje funkci postižené končetiny, naučí se nezapojoval, až zcela opomíjet paretickou horní nebo dolní končetinu. Dochází ke ztrátě fyziologického pohybového vzorce a ke vzniku patologického pohybového vzorce. Příkladem aktivit kompenzovaných neparetickou, nepostiženou končetinou je čištění zubů, oblékání, psaní nebo pití. Z tohoto důvodu má měření množství denních aktivit vykonávaných pacienty po poškození mozku základní význam pro pochopení vlivu, dopadu jejich funkčního postižení na jejich kvalitu života.

Z nedávných klinických rehabilitačních studií vyplynul zásadní problém, kam umístit senzory, které snímají pohyby horních končetin. Výhodným řešením se zdá umístění dvou senzorů na horních končetinách v oblasti zápěstí a třetího senzoru v oblasti pasu na levé straně. Toto umístění senzorů umožňuje měřit pohyb každé horní končetiny zvlášť i při vzájemném souhybu a současně rozlišit, zda jedinec jede např. ve výtahu nebo v automobilu (Lindemann U. et al., 2005, Park J.H. et al., 2006).

Při používání senzorů ke zjištění stupně pohybové aktivity horních v běžném denním životě pacientů jsou zásadním artefaktem pohyby způsobené pohybem celého těla, nikoliv pohybem končetiny. Akcelerometry zaznamenávají změnu lineární rychlosti, ze které se určí poloha objektu (Gebruers N. et al., 2010).

Akcelerometry – senzory mohou detekovat pohybový vzorec zdravé, ale i paretické horní končetiny v průběhu celého dne, i v domácím prostředí. Výstupem z monitoringu jsou barevné grafy, které ukazují, jak pacient zapojuje do běžných denních aktivit (ADL) horní postiženou končetinu.

Akcelerometr využívá zpětné vazby, feedbacku, který poskytne pacientovi možnost sledovat i diskrétní pozitivní změny v pohybové aktivitě horní končetiny, které by jinak vůbec nezaznamenal. Lze pracovat i s tzv. negativní motivací, kterou představuje stálá přítomnost senzorů a z toho plynoucí obavy pacientů, že jsou stále pod dohledem lékaře a terapeutů. Z tohoto důvodu se někteří pacienti, snaží zapojovat paretickou HK více do běžných denních

činností, senzory je tak možné označit za virtuálního terapeuta (Altman J. et Bodlák I., 2012).

Závěr

V 21. století se zásadně mění pohled společnosti na občany s disabilitou (s postižením). Ukazuje se, že stupeň postižení není roven stupni funkčních schopností. Často i osoba s velmi těžkou disabilitou může aktivně pracovat.

Jedním z parametrů, který se v rehabilitaci obtížně sleduje a těžko objektivizuje pro svoji individuální variabilitu a trojrozměrnost, je pohyb, pohybový vzorec.

Funkce horní končetiny je zásadní pro každodenní fungování, soběstačnost člověka a aktivizuje funkce mozku. Pro objektivní monitoring pohybu HK u pacientů po poškození mozku lze využít akcelerometr. Aplikace akcelerometru umožní navíc monitorovat pacienty i na dálku, v jejich domácím prostředí, a sledovat tak, jak intenzivní je jejich pohybová aktivita doma.

Možnost feedbacku při monitoringu pomocí IS má velký potenciál, který může přispět ke zkrácení doby hospitalizace, snížení počtu ambulantních terapií díky lepší spolupráci více motivovaných pacientů při dodržování doporučených zásad, intenzity a frekvenci cvičení.

Budoucnost moderní rehabilitace založené na důkazech je v možnosti využívat nové technologie (např. virtuální realitu) a spolupráce členů rehabilitačního týmu s biomedicínskými inženýry, techniky a programátory.

Literatura:

1. **ALTMAN, J., BODLÁK I.** Projekt: „HUMET“: Etapa: 5. Vyhodnocení dat HUMET: Vyhodnocování pohybu postižené končetiny. Dostupné z WWW: <<http://isle.princip.cz/download/humet-wms/doc/report/wrist-crit3-1.0.1.pdf>> [cit. 2012-8-25].
2. **ANGEROVÁ, Y., ŠVESTKOVÁ, O., VÉLE, F., SÚSOVÁ, J., SLÁDKOVÁ, P., LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M.** *Neurorehabilitace*. Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie, 2010. ročník 73., č. 106/(2), str. 131–135. ISSN 1210-7859.
3. **CULHANE, K. M., et al.** *Accelerometers in rehabilitation medicine for older adults*. Age and Ageing. November 2005, vol. 34, no. 6, s. 556–560.
4. **CULHANE, K. M., et al.** *Long-term mobility monitoring of older adults using accelerometers in a clinical environment*. Clinical Rehabilitation. 2004, vol. 18, s. 335–343.
5. **EHLER, E. et al.** *Standard komplexní léčby spasticity po cévní mozkové příhodě*, Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie. 2009, roč.72, č. 2, s. 179–181.
6. **GEBRUERS, N., et al.** *Monitoring of physical activity after stroke: a systematic review of accelerometer – based measures*. Physical Medicine and Rehabilitation. February 2010, vol. 91, s. 288–297.
7. **JEBSEN, R.H., et al.** *An objective and standardised test of hand function*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 1969, vol. 50, no. 6, s. 311–319.

-
8. KAWADA, T., et al. *Activity and sleeping time monitored by an accelerometer in rotating shift workers*, Work. 2008, vol. 30, s. 157–160.
 9. KELLER, A., ARISSIAN, K., ASANUMA, H. *Synaptic proliferation in the motor cortex of adult cats after long-term thalamic stimulation*. Journal of Neurophysiology. 1992, vol. 68, no. 1, s. 295–308.
 10. KOLÁŘ, P., et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vydání. Praha: Galén. 2009, ISBN 978-80-7262-657-1, s. 713
 11. LINDEMANN, U., et al. *Evaluation of a fall detector based on accelerometers: A pilot study*. Medical and Biological Engineering and Computing. 2005, vol. 43, s. 548–551.
 12. MANNS, P. J. *Ambulatory activity of stroke survivors: Measurement options for dose intensity, and variability of activity*. Stroke. 2009, vol. 40, s. 864–867
 13. MAYER, M., HLUŠTÍK, P. *Ruka u hemiparetického pacienta*. Rehabilitácia. 2004, vol. 41, no. 1, s. 9–13.
 14. MORILLO, D. S., et al. *An Accelerometer-based device for sleep apnea screening*. IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine. 2010, vol. 14, s. 491–499.
 15. MUELBACHER, W., et al. *Improving hand function in chronic stroke*. Archives of neurology. 2002, vol. 59, s. 1278.
 16. NIRKO, A. C., et al. *Different ipsilateral representations for distal and proximal movements in the sensorimotor cortex: Activation and deactivation patterns*. Neuroimage. 2001, vol. 13, s. 825–835.
 17. PARK, J. H., KIM, H. J., KANG, S. J. *Validation of the AMP331 monitor for assessing energy expenditure of free-living physical activity*. Res. Quart. Exerc. Sport. 2006, vol. 77, s. 40–40.
 18. RAND, D., et al. *How active are people with stroke?: Use of accelerometers to assess physical activity*. Stroke. 2009, vol. 40, s. 163–168.
 19. RINEHART, J. K., et al. *Arm use after left or right hemiparesis is influenced by hand preference*. Stroke. 2009, vol. 40, s. 545–550.
 20. ŠVESTKOVÁ, O., PFEIFFER, J. *Funkční hodnocení (diagnostika) v rehabilitaci*. Praktický lékař 89, 2009, 5, s. 268–271.
 21. ŠVESTKOVÁ, O.: *Organizace neurorehabilitace pro nemocné po cévním onemocnění mozku*, In Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie, Supplementum. 58. Společný sjezd české a slovenské společnosti pro klinickou neurofyzilogii. Brno: Ambit Media, a. s. 2011, s. 11.

IV. STUDENTSKÁ SEKCE

Moje nohy jsou vozík

Jana Žďárská,

studentka Ergoterapie, 1. LF UK v Praze, II. ročník

Foto: Ing. Eva Krajčovičová

Kontakt: PRIESTOR pre Teba, o. z., Korytnická 24, 821 06 Bratislava,

Ing. Eva Krajčovičová e-mail: info@priestorpreteba.org

Děti i mladí lidé se zdravotním postižením mají úplně běžné potřeby a touhy jako jejich zdraví vrstevníci. Jejich rodiče s nimi mají zase úplně běžné plány. Proč ale časem tyto plány a touhy končí v zapomnění? Důvodem je nedostatek příležitostí ve společnosti a často také nepochopení...

Velmi rádi vám proto představujeme mladou slovenskou neziskovou organizaci PRIESTOR pre Teba, která postiženým rozumí a ukazuje jim nové možnosti. Toto občanské sdružení učí postižené děti a mladé lidi žít aktivně a být mobilní navzdory svému hendikepu. Základní myšlenou této organizace je poskytovat či zapůjčovat kvalitní zdravotní pomůcky včetně speciálních vozíků. Na tuto činnost navazuje organizování kurzů mobility, sportovních kurzů pro postižené (mobi kurz, monoSki kurz, biSki kurz...) a různě zaměřené rekondiční pobyty. Cílem organizace je ale především naučit postižené děti a mládež co největší míře soběstačnosti, bez toho, aby měli pocit, že jde o učení. Prioritou jsou tzv. MOBI kurzy. A právě o nich jsem si povídala s jednou ze zakladatelek této organizace, Ing. Evou Krajčovičovou.

→ Vy jste stála u zrodu organizace PRIESTOR pre Teba, věděla jste už tehdy, co postiženým dětem a mládeži nejvíce chybí – co především je pro ně potřeba udělat?

Chceli sme predovšetkým ukázať, že nestačí hendikepovaných iba akceptovať, ale najmä je potreba začleniť ich

do každodenného života. Na základe skúseností a pozorovania reakcií okolia sme sa rozhodli začať aplikovať opačnú integráciu, znamená to, nielen integrovať zdravotne postihnutých do spoločnosti, ale spoločnosť medzi zdravotne postihnutých. Integrujeme teda blízke okolie zdravotne postihnutých, ako rodičov, súrodencov, kamarátov, učiteľov, susedov,... Ukazujeme, že vozíčkari sú – napriek viditeľným odlišnostiam, ktoré vnímame hneď ako ich stretneme (vozík, ortézy...) rovnakí ako ostatní. A ich invalidný vozík nie je žiadnou prekážkou.

→ Organizujete již zmiňované MOBI kurzy, můžete nám je přiblížit?

Ing. Krajčovičová: MOBI kurzy organizujeme s inštruktormi, ktorí sú sami vozíčkari. Chceme deťom a mladým ľuďom ukázať, čo všetko je na invalidnom vozíčku možné a uskutočniteľné. Zároveň by sme zdravotne postihnutým radi poskytli väčší pocit bezpečia a sebavedomia pri jeho používaní v každodenných situáciách. Pokiaľ sa vozíčkar cíti bezpečne a svoj vozík vlastne už ani „nevníma“ ako prekážku, omnoho lepšie sa tak môže začleniť medzi svojich zdravých kamarátov.



→ Zaujal mě Váš speciální přístup k rodinám postižených – dáváte rodičům a blízkým možnost prožít část dne přímo na invalidním vozíku. Jaké jsou odezvy?

Áno, rodičům ponúkame rôzne poradenstvo o všetkom na tému detí a mládež so zdravotným postihnutím. Rodič i súrodenec má možnosť zažiť, aký je to pocit – sedieť vo vozíku. To môže zažiť iba ten, kto si do vozíka skutočne sadne. Ponúkame rodičom túto možnosť s tým, aby každý rodič zažil a pochopil, koľko námahy stojí presunúť sa vo vozíčku z miesta na miesto, prejsť cez prah, zdoлаť schody,... Ide nám o to, aby sme i my – rodičia, ktorí vychovávame tieto deti skúsili a videli, s akými prekážkami sú naši malí denne konfrontovaní. Zároveň sa ich však snažíme presvedčiť, že i na vozíčku sa dá zažiť množstvo zábavy.

→ Můžete nám přiblížit reakce rodičů? Předpokládám, že budou velmi emotivní...

Reakcie bývajú skutočne plné emócií. Niektorí z rodičov sa po takejto skúsenosti neubránia dojatiu. Pre väčšinu z nich ale táto skúsenosť často zmenia k určitým situáciám svoj postoj. Rodič už proste vie, aké to vo vozíku je.

→ Můžete závěrem zhodnotit dosavadní činnost organizace PRIESTOR pre Teba?

Vďaka našim aktivitám ponúkame rodičom a blízkemu okoliu prijať svoje dieťa také, aké je. Chceme im ukázať, že žiadny hendikep nie je prekážkou žiť plnohodnotný život. O tom, že sa nám to darí, svedčí aj neustále narastajúci počet záujemcov o naše kurzy a rekondičné pobyty. Napriek tomu, že naše kapacity sú obmedzené, veríme, že budeme môcť všetkým vyhovieť.

Rehaprotex 14.–17. 5. 2013

*Jana Žďárská,
studentka Ergoterapie, 1. LF UK v Praze, II. ročník*

Druhý květnový týden přivítal na brněnském výstavišti Mezinárodní veletrh rehabilitačních, kompenzačních a protetických pomůcek REHAPROTEX. Tento veletrh se po dohodě s vystavovateli přesunul ze svého předvánočního termínu na květen a bude se pořádat jednou za dva roky.

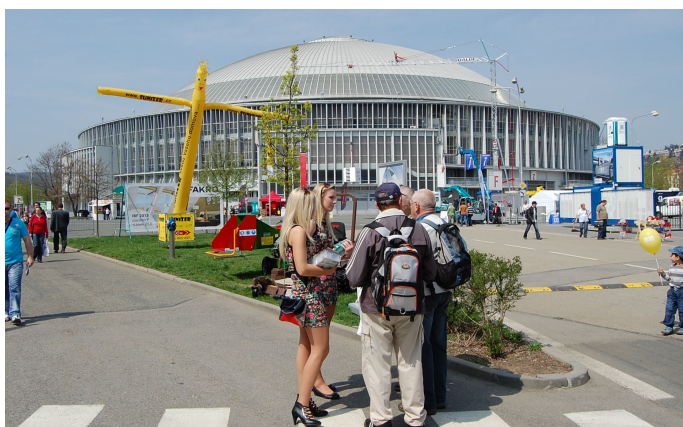
Veletrh REHAPROTEX je již tradičně významným místem setkávání domácích i zahraničních dodavatelů s poskytovateli zdravotní, rehabilitační a sociální péče. REHAPROTEX představuje široký sortiment kompenzačních, protetických, ortopedických a rehabilitačních pomůcek. Návštěvníci se budou moci inspirovat i v oblasti služeb wellness, zajímavé budou jistě i nabídky pro seniory a prezentace poskytovatelů sociálních služeb. Veletrh

REHAPROTEX jako takový nemá ve středoevropském prostoru konkurenci.

REHAPROTEX a jeho oborové zaměření

1. Pomůcky pro chůzi, pohyblivost a dopravu
2. Ortopedické a kompenzační pomůcky
3. Nábytek, vybavení a zařízení pro tělesně postižené
4. Pomůcky a přístroje pro sluchově zrakově a mentálně postižené
5. Pomůcky a přístroje pro postižené vnitřními poruchami
6. Rehabilitace, rekondice, zdravý životní styl
7. Poradenství, organizace, instituce
8. Sociální péče

V průběhu veletrhu probíhal i zajímavý doprovodný program se spoustou přednášek. Již 14. května po oficiálním zahájení veletrhu se mohli zájemci dostavit na přednášku, týkající se seniorů s názvem: „Jak se žije seniorům v České republice“. Nosným tématem této přednášky budou aktuální problémy seniorské populace včetně S karet. 15. květen bylo ve znamení problematiky terénních a ambulantních služeb s názvem: „Práce s klienty terénních a ambulantních služeb“. 16. května se pak mohli zájemci dozvědět novinky, týkající se příspěvků na zvláštní pomůcky s názvem: „Odstraňování bariér v kontextu příspěvku na zvláštní pomůcku“.



Exkurze – úpravy vozidel IROA–HDC, s.r.o.

*Text a foto: Jana Žďárská,
studentka Ergoterapie, 1. LF UK v Praze, II. ročník*

V rámci předmětu: „Ergoterapie – Kompenzační pomůcky“ v závěru zimního semestru druhého ročníku studia oboru Ergoterapie jsme měli možnost navštívit firmu IROA–HDC, s.r.o., která se zabývá speciálními úpravami vozidel.

Majitel společnosti je již více než třicet let upoután na vozík a proto problémy, které s touto situací souvisejí, dobře zná. Je vysokoškolsky a technicky vzdělán a vývojem ručního ovládání automobilů se zabýval již před rokem 1989. Některé systémy má patentovány. V současnosti firma vyvíjí nejen vlastní systémy ručního ovládání vozidel, ale i další výrobky pro usnadnění života handicapovaných.

Úpravy vozidel:

1. Ruční ovládání
2. Usnadnění nastupování a vystupování z/do vozidla
3. Usnadnění nakládání a vykládání vozíku z/do vozidla
4. Přeprava vozíku

Majitel firmy se snaží pro každého zákazníka vybrat či dokonce vymyslet ten nejvhodnější způsob ovládání

vozidla. Ruční ovládání vozidla může být jak mechanické, tak elektronické, přičemž elektronické systémy se vyznačují vyšším komfortem jízdy. Oproti tomu mechanické systémy jsou zase ekonomičtější a některým uživatelům vyhovují více, než citlivá elektronika.

Při výběru je vždy důležité, aby řidič dokázal především bezpečně zabrzdít a zastavit. V dílně jsou instalovány stojany se všemi typy ručního ovládání a každý zákazník si může sám vyzkoušet, co mu vyhovuje nejlépe.

Tato exkurze byla pro nás všechny velmi zajímavá. Především proto, že majitel společnosti o celé problematice velmi zanedbaně vyprávěl. Z jeho přístupu se dalo poznat, že ho práce velmi baví a také naplňuje. Pochopili jsme, že pro každého nového zákazníka hledá speciální řešení – že za svou práci vždy vidí i člověka – uživatele.

Ve firmě IROA–HDC, s.r.o. jsme strávili příjemné dopoledne. I když nestudujeme právě technický obor, majitel firmy nám to podstatné dobře vysvětlil. Když nyní potkám člověka na vozíku, říkám si, jaképak má asi ovládání vozidla, nebo jaké by mohl mít. Nyní si to dokážu už lépe představit.



Ze života studentského II aneb ergoterapie nás těší

*Text a foto: Jana Žďárská,
studentka Ergoterapie, 1. LF UK v Praze, II. ročník*

Od října roku 2011 studuji spolu s dalšími jedenácti spolužačkami na Karlově Univerzitě 1. lékařské fakultě obor Ergoterapie. Když jsme se na počátku studia roku 2011 poprvé společně setkaly, povídaly jsme si o tom, co nás na univerzitu přivedlo. Tehdy téměř žádná z nás pořádně nevěděla, co to ergoterapie v praxi skutečně znamená. Nyní – na konci druhého ročníku – už to můžeme vysvětlovat i ostatním.

Výuka v prvním ročníku byla zajímavá a také náročná, statečně jsme bojovaly na poli anatomie, stejně tak jsme úspěšně zvládly týdenní výuku na pitevně a následný popitevní protokol. Nyní ve druhém ročníku tuto štafetu převzal další z obávaných předmětů – patologie a patofyziologie. Na zkoušku už jsme přihlášeny všechny – dokonce na předtermín – a popereme se i s ní.

V druhém ročníku studia jsme se dostali více k samotným pacientům. Praxe nás všechny doslova nadchla

– především ta, kterou v současné době absolvujeme na Neurologické klinice. Postupně jsme měly možnost dostat se na oddělení JIP, oddělení pro léčbu roztroušené sklerózy a dalších neurologických onemocnění.

Také se postupně každá z nás více zaměřuje na tu část léčby pacientů, která ji nejvíce oslovila. K tomu rozhodně přispěl i výběr témat pro Bakalářskou práci. Některé z nás dokonce mají svoje téma, které jim bylo odsouhlaseno. To proto, že se touto tematikou již dlouhodobě zabývají a rády by se touto cestou vydaly i po ukončení studia.

Některé z nás už také pracují jako dobrovolníci v různých organizacích nebo se věnují asistenci. Minulý týden dvě naše kolegyně absolvovaly kurs bazální stimulace, o kterém nám velmi zajímavě vyprávěly.

Zkrátka – ergoterapie nás baví...A těší! Ještě nějaký čas nám k ukončení studia zbývá, ale jedno víme určitě. U ergoterapie zůstaneme!



1
2013

INFORMAČNÍ 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



POKYNY PRO AUTORY

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 použijte 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 mezititulkami; 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.).