



SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ

**ZE 17. CELOSTÁTNÍ KOFERENCE
ČESKÉ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ**

**konané na Klinice rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze
dne 11. 11. 2005**

Příspěvky neprošly jazykovou korekturou.

PŘÍSPĚVKY AUTORŮ, KTEŘÍ DODALI SVŮJ ABSTRAKT

OBSAH

- 1. Blažková, J.: Role ergoterapeuta v podporovaném zaměstnávání 3**
- 2. Brunclíková, M.: Ergodiagnostika v Krajské nemocnici Pardubice 6**
- 3. Bumbálková, M., Čapková, R.: Týmová spolupráce ve speciální škole pro děti s kombinovanými vadami 9**
- 4. Jandejšková, B., Váňa, Z.: Komplexní rehabilitační péče v RÚ Kladruby 12**
- 5. Jelínková, J.: Máme se bát ICF? 14**
- 6. Kohoutová, M.: Projekt „Terénní sociální práce“ jako další služba o.s. Green Doors 18**
- 7. Kryski, M.: Ergoterapeutické hodnocení u dětí s poruchami vývoje 21**
- 8. Stupková, V., Kolblová, K.: Využití hodnocení dovedností v Podporovaném zaměstnávání při přijímání klienta (pracovní diagnostika), v osobním profilu a v individuálním plánu podpory 27**

Název příspěvku: Role ergoterapeuta v podporovaném zaměstnávání**Autor:** Bc. Jana Blažková**Kontakt:** Asistence, o.s., V Pevnosti 4, 128 41 Praha 2, jana@asistence.org**Příspěvek prezentován na 17. celostátní konferenci České asociace ergoterapeutů „Ergoterapie 2005“ pořádané ve spolupráci s KRL 1. LF UK a VFN v Praze, dne 11. 11. 2005.**

Podporované zaměstnávání (PZ) je časově omezená služba určená lidem, kteří chtějí získat a udržet si placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Jejich schopnosti získat a udržet si zaměstnání jsou přitom z různých důvodů omezeny do té míry, že potřebují individuální osobní podporu poskytovanou před nástupem do práce i po něm.

Základní principy PZ:

- Místo na otevřeném trhu práce
- Placená práce
- Individuální podpora
- Aktivní přístup uživatele služby
- Využití všech dostupných zdrojů (např. přirozená podpora na pracovišti)

Cíle PZ:

1. Získat a udržet si pracovní místo na otevřeném trhu práce, které odpovídá schopnostem a možnostem člověka, za rovných podmínek
2. Zvýšit míru samostatnosti uživatelů PZ v jejich dovednostech, potřebných pro nalezení a udržení práce

Cílová skupina PZ:

- Lidé, kteří hledají placenou práci na běžném pracovišti a jejichž schopnosti získat a zachovat si zaměstnání jsou přitom z různých důvodů omezeny do té míry, že potřebují individuální dlouhodobou podporu, poskytovanou před i po nástupu do práce.

Proces PZ:

- Přijímání klienta
- Osobní profil
- Vytváření představy o vhodném pracovním místě
- Plánování služeb (Individuální plán podpory v PZ)
- Dovednosti potřebné pro vyhledávání zaměstnání
- Vyhledávání zaměstnání
- Spolupráce se zaměstnavatelem
- Analýza pracoviště (pracovního místa a činností)
- Podpora pro udržení si místa
- Ukončení poskytování služeb
- Empowerment

Pracovní tým v PZ:

Každá agentura PZ by měla mít svého **vedoucího**, který je zodpovědný za její fungování, vytváří koncepci, sleduje dodržování hlavních myšlenek práce a může v agentuře zajišťovat i metodické vedení a supervizi.

Dalším členem pracovního týmu je **pracovní konzultant**, obvykle vysokoškolsky vzdělaný člověk, který je schopen komunikace s klienty, zaměstnavateli, úřady a dalšími organizacemi, který rád pracuje v týmu a který se umí vžít do situace klienta i zaměstnavatele. Vzdělán by měl být v oboru blízkém problematice PZ (sociální práce, ergoterapie, speciální pedagogika, psychologie). Pokud má agentura více pracovních konzultantů, je velmi vhodné, aby byl tým multidisciplinární. Tým pak může využívat znalostí z jednotlivých oborů.

Doprovod do práce a podporu na pracovišti většinou zajišťuje **pracovní asistent**, který je v kontaktu s pracovním konzultantem.

Role ergoterapeuta v podporovaném zaměstnávání:

Pokud má pracovní konzultant ergoterapeutické vzdělání, může využít svých vědomostí například v oblasti analýzy pracovního místa a pracovní činnosti, navrhnout adaptaci pracovního prostředí a pracovní pomůcky.

1. Analýza pracovního místa:

U analýzy pracovního místa hodnotíme nejen o jaký typ práce jde, ale také kde se bude práce vykonávat, za jakých podmínek a s kým.

Kde – Fyzické prostředí

- Práce venku či uvnitř
- Přístupnost pracoviště – doprava, bariéry
- Hluk, osvětlení, teplota
- Stálost prostředí

Jak – Sociokulturní prostředí

- **Firemní kultura**
 - Zvyklosti v oblečení, úpravě zevnějšku
 - Zvyklosti ve vyjadřování a oslovování
 - Pověst firmy ve společnosti

S kým – psychosociální prostředí

- Velikost kolektivu
- Stabilita kolektivu
- Kontakt se zákazníky
- Formální / neformální vztahy
- Týmová / individualistická atmosféra
- Přístup konkrétních spolupracovníků

Analýza pracovního místa

- Pro konkrétního uživatele (věnujeme se jen aspektům, které jsou pro klienta podstatné)
- Obecná analýza (exkurze ve firmě)

2. Analýza pracovní činnosti pro konkrétního uživatele

- Z jakých kroků se práce skládá
- Hodnotíme náročnost práce

Z jakých činností se práce skládá

- Rozdělit činnost do malých kroků
- Zvládat jednotlivé kroky
- Sousednost kroků
- Zvládat varianty, obměny

Náročnost práce

- Fyzická náročnost
- Pohyblivost
- Motorika (HM, JM)
- Vytrvalost, soustředění
- Náročnost na přemýšlení
- Orientace (čas, místo)
- Emocionální náročnost
- Komunikace
- Plánování
- Rychlost
- Dochvilnost
- Viditelnost výsledků

Seznam použité literatury:

1. Krejčířová,O., Medvecká,M.,Opatřilová,D., Stupková,V., Vojtová,V.:Problematika zaměstnávání občanů se zdravotním postižením. Praha: Rytmus 2005
2. Kolektiv autorů: Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání.Praha: Rytmus 2005

Název příspěvku: Ergodiagnostika v Krajské nemocnici Pardubice

Autor: Bc. Monika Brunclíková

Kontakt: RHB centrum, Krajská nemocnice Pardubice, brunclikova@nem.pce.cz

Příspěvek prezentován na 17. celostátní konferenci České asociace ergoterapeutů „Ergoterapie 2005“ pořádané ve spolupráci s KRL 1. LF UK a VFN v Praze, dne 11. 11. 2005.

Úvod

Ve svém příspěvku bych se chtěla věnovat jedné z nedílných součástí ucelené rehabilitace, a to pracovní a předpracovní rehabilitaci.

Předpracovní rehabilitace pomáhá zařadit jedince se zdravotními problémy do pracovního procesu jak na normálním trhu práce, tak i na chráněných či podporovaných pracovištích. Provádí se u osob v aktivním věku s dlouhodobým nebo trvalým zdravotním postižením. Ergodiagnostika v předpracovní rehabilitaci je v kompetenci léčebné rehabilitace, tudíž je hrazena ze zdravotního pojištění. Na hodnocení se účastní multidisciplinární tým – rehabilitační lékař, ergoterapeut, fyzioterapeut, psycholog, sociální pracovník, popř. logoped či speciální pedagog. Od počátku 90. let spolupracují při ergodiagnostickém hodnocení v řadě případů úřady práce, které klienty doporučují a poté využívají závěry hodnocení k nalezení práce.

Výstupy z ergodiagnostického hodnocení bych shrnula do 6 bodů:

- 1) návrat do původního zaměstnání – zde je potřeba znát nároky práce, získat popis práce
- 2) návrat do původního zaměstnání, ale s úpravami pracovního programu
- 3) návrat do původního zaměstnání, ale s úpravami prostředí
- 4) možnost práce jen po rekvalifikaci
- 5) schopnost práce jen v omezeném rozsahu, s finanční pomocí částečného invalidního důchodu
- 6) zaměstnání dle zbytkových pracovních schopností, ekonomický efekt práce je malý, třeba plného invalidního důchodu.

Pracovní rehabilitace je upravena ve vyhlášce č. 518/2004 Sb., kterou se provádí z. č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Pracovní rehabilitace je souvislá činnost, zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečuje úřad práce. Náklady spojené s pracovní rehabilitací hradí úřad práce.

Zahrnuje zejména:

- 1) poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti
- 2) teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání
- 3) činnost zaměřenou na zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání
- 4) vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti.

Mezi složky diagnostiky pracovní rehabilitace patří:

- 1) složka zdravotní – spolupráce s ergoterapeuty, soustředíme se nejen na omezení klienta, ale i na tzv. pozitivní rekomandace – doporučení, co a v jakém rozsahu může klient vykonávat.
- 2) složka profesní – zajímáme se o původní obor, profesi klienta, dále o příbuzné obory, zájmy klienta, ptáme se na klientovu představu o práci
- 3) dále sem patří aktivita – ambice, průbojnost a na druhé straně pasivita, odevzdanost.

Na výsledném sestavení plánu má vliv:

- 1) výsledek diagnostiky osoby se zdravotním postižením
- 2) budoucí profesní profil
- 3) okruh reálně existujících pracovních míst pro budoucí uplatnění osoby.

Ergodiagnostika v Krajské nemocnici Pardubice:

K vyšetření fyzických schopností klienta užíváme metodu hodnocení funkční kapacity klienta dle Američanky Susan J. Isernhagen, která slouží ke stanovení fyzických schopností člověka, použitelných v zaměstnání. Testy jsou rozděleny do dvou dnů a je požadováno dodržovat pořadí úkolů.

Terapeut musí:

- 1) dokonale informovat klienta
- 2) zaujmout věcné a neutrální postavení vůči klientovi
- 3) vytvořit vztah důvěry s klientem
- 4) dosáhnout klientovi aktivní spolupráce
- 5) pozorovat klienta po celou dobu testu, nejen během jednotlivých úkolů.

Na úvod každého testování je nezbytný pohovor s vysvětlením smyslu a průběhu testu. Dále následuje pracovní anamnéza s pohovorem o dosavadní fyzické zátěži. Ptáme se na klientovi vlastní představy o práci. Součástí prvního dne je fyzikální vyšetření a dotazník bolesti. Po úvodním rozhovoru následují testy prvního dne, mezi které patří např. testy manipulace s břemeny, práce v sedu / stojí s předklonem, práce s rukama nad hlavou atd. Testy prvního dne trvají okolo 3,5 hod.

Druhý den se začíná také pohovorem s klientem, kdy se ptáme na jeho pocity, bolest. Snažíme se vyjasnit doposud nezodpovězené otázky – hlavně ohledně nároků na pracoviště. Zde je tak trochu úskalí naší práce, neboť máme k dispozici popis pracoviště jen od klienta. Dle mého názoru by zde měla být větší intervence úřadů práce v poskytování těchto údajů. Poté již následují testy druhého dne, např. lezení, klek, dlouhodobý sed, stoj, rovnováha, chůze atd. Testy druhého dne trvají okolo 2,5 hod.

U jednotlivých testů je naším cílem, aby klient dosáhl svého maxima, které je definováno jako největší bezpečná schopnost klienta. Mezi znaky maxima patří: únava, nekoordinace pohybů, změny v mechanice těla. Součástí celého testování je neustálá kontrola tepové frekvence a krevního tlaku.

Dle dosažených výsledků se vypracuje závěrečná zpráva, která se projednává s klientem. Každá položka testu je hodnocena ke vztahu možnosti provádění určité práce během 8 hodinové pracovní doby (tzn. jak dlouho smí klient danou práci v určité poloze vykonávat).

Závěrečná zpráva obsahuje:

- 1) souhrn faktů a doporučení
- 2) detailní údaje k výsledkům jednotlivých testů
- 3) porovnání naměřených pracovních schopností s nároky uvažované práce.

Na závěr bych chtěla zdůraznit, že důležitá je včasnost, komplexnost a aktivní přístup klienta. Častá je situace, kdy klient je v dlouhodobé pracovní neschopnosti, zvykne si na život bez zaměstnání, ztrácí část pracovních návyků a dovedností, pro návrat k fyzické práci mnohdy nemá fyzickou kondici. Klient by měl během své léčby dostat informace nejen o svém zdravotním stavu a možnostech funkční úpravy, ale také o předpokladech pracovního uplatnění. Zaměstnání je nejen prostředkem obživy, ale i významnou součástí identity člověka a významným zdrojem sebevědomí.

Název příspěvku: Týmová spolupráce ve speciální škole pro děti s kombinovanými vadami

Autor: Martina Bumbálková, DiS., Bc. Radka Čapková

Kontakt: Speciální škola SVÍTÁNÍ, o.p.s. Pardubice, www.svitani.cz

Příspěvek prezentován na 17. celostátní konferenci České asociace ergoterapeutů „Ergoterapie 2005“ pořádané ve spolupráci s KRL 1. LF UK a VFN v Praze, dne 11. 11. 2005.

Úvod

Speciální škola SVÍTÁNÍ, o.p.s. vznikla z potřeby rodičů zdravotně postižených dětí. Byla otevřena 1.zářím 1992. V prvním roce docházelo do školy 26 žáků s kombinovaným postižením. V roce 2004 se ve škole vzdělávalo 114 žáků s kombinovaným postižením.

Posláním naší školy je poskytovat dětem a mládeži s kombinovaným postižením vzdělání, výchovu a další služby v rámci komplexní péče s cílem usnadnit jim integraci do společnosti.

Součástí komplexní rehabilitační péče je také ergoterapie. Prioritou ergoterapie v našem zařízení je získání či udržení co největší možné samostatnosti dětí. Důraz je kladen především na trénink činností Personálních ADL – svlékání, oblékání, hygiena, použití WC, stolování, sebesycení, Ale i instrumentální ADL – nakupování,...Ergoterapeuté se zaměřují na rozvoj jemné motoriky, propriocepce, kognitivních funkcí, ale v neposlední řadě také na volbu vhodných kompenzačních pomůcek. Při práci s dětmi využíváme přístupu dle Afolterové, či Bobatha.

Hlavním tématem této prezentace je týmová spolupráce v rámci celé školy. Týmem se rozumí každý jednotlivec, který se podílí na rozvoji psychických a fyzických sil žáka.

Tým tvoří: žák, jeho rodiče, pedagog, vychovatel, asistent, ergoterapeut, fyzioterapeut, logoped a sociální pracovníce. Pro správný rozvoj žáka speciální školy je důležitá komunikace mezi jednotlivci týmu, jejich vzájemná kooperace.

Hlavní činnost školy

SVÍTÁNÍ – Sdružení pro pomoc zdravotně postiženým dětem

- **Denní centrum**
- **Speciální škola SVÍTÁNÍ, o.p.s.**
 - základní škola
 - zvláštní škola
 - pomocná škola
 - praktická škola
 - speciálně pedagogické centrum
 - ergoterapie
 - fyzioterapie
 - logopedie
 - doprava

Týmové schůzky

- partnerská setkání rodičů a všech zaměstnanců školy, kteří pracují s konkrétním dítětem
- účast žáků – je-li to vhodné
- vytyčení společných úkolů a cílů
- hledání řešení problémových situací
- porovnání situací doma a ve škole

Tým tvoří

DÍTĚ + RODIČE

- pedagogický personál, speciální pedagog, vychovatel
- osobní asistent
- ergoterapeut
- fyzioterapeut
- logoped
- sociální pracovník

Rodiče dítěte

- informují nás o chování dítěte doma a mimo školu
- svěřují nám problémy, které se během života dítěte vyskytly – hledání řešení
- nové informace od lékařů, maminek,...

Ergoterapeut

- rozvoj v oblasti jemné motoriky, kognitivních funkcí, orientace, manipulačních činností,..
- prioritou jsou personální ADL
- výroba a výběr vhodných kompenzačních pomůcek, spolupráce s protetikem
- návštěva rodinného prostředí dítěte
- odborná pomoc klientům SPC

Fyzioterapeut

- normalizace svalového tonu, stabilizace posturálního systému, nácvik lokomoce, vertikalizace, zkvalitnění pohybové koordinace a svalové síly
- volené postupy: Vojtova reflexní terapie, Bobath koncept, PMP s využitím TerapiMasteru, cvičení na labilních plochách a míčích, měkké techniky, synergetická reflexní terapie

Logoped

- zajišťuje diagnostiku, terapii a prevenci narušení komunikačních schopností
- využívá speciálních počítačových programů řady Mentio a logopedické pracoviště IBM Speech Viewer III.

Sociální pracovník

- poradenská, diagnostická a metodická činnost v oblasti pedagogické, sociální a psychologické
- řešení vhodnosti integrace dítěte
- odborná péče o děti a mládež s kombinovaným postižením

Závěr

Význam týmových schůzek

- přínosný nástroj komplexní péče o dítě
- efektivní forma spolupráce školy s rodinou
- bližší poznání domácího prostředí dítěte
- nenařizují, co se smí a nesmí dělat doma
- společné hledání budoucího uplatnění dítěte
- zvolení priorit v životě dítěte
- instrukce všem členům týmu pro jednotné používání zvolených metod, postupů a manipulací s dítětem
- volba vhodných kompenzačních pomůcek pro domácí využití
- výběr vhodného komunikačního kódu pro žáka
- vypracování individuálního plánu žáka
- !!!TAKTNÍ KOMUNIKACE!!!

Název příspěvku: Komplexní rehabilitační péče v RÚ Kladruby

Autoři: Barbora Jandějsková DiS., Bc. Zdeněk Váňa

Kontakt: Rehabilitační ústav Kladruby

Příspěvek prezentován na 17. celostátní konferenci České asociace ergoterapeutů „Ergoterapie 2005“ pořádané ve spolupráci s KRL 1. LF UK a VFN v Praze, dne 11. 11. 2005.

Úvod

Založení léčebny se datuje okolo roku 1938, ale vlastní rehabilitace zde funguje od roku 1947. V roce 1995 byla zprovozněna nová budova rehabilitace, ve které jsou soustředěny cvičebny a ergoterapie. Dne 1.7. 2002 byla otevřena spinální rehabilitační jednotka s kapacitou 40 lůžek z celkového počtu 216 lůžek. Je určena pouze pro pacienty po úrazech páteře, kteří jsou na toto oddělení přijímáni již od prvního měsíce po úrazu. Během roku 2003 probíhala rozsáhlá rekonstrukce staré rehabilitace. Máme zde novou prodejnu protetiky, pracovnu počítačů, fitness, pódia, sídlí zde psychologové. Zrekonstruovány byly bazény, tělocvična a kinosál.

RHB ústav je určen pro tyto diagnózy: paraplegie, paraparézy, tetraplegie, tetraparézy, hemiplegie, hemiparézy, vertebrogenní algické syndromy, discopatie, listézy, skoliozy, postižení periferních nervů, nemoci a úrazy kloubů a kostí, amputace.

Délka pobytu se různí podle diagnózy a stavu pacienta. „Čerství spinální pacienti“ jsou nás přibližně 5 měsíců, ostatní od 3 týdnů do 3 měsíců. Průměrná čekací doba na pobyt byla v minulém roce 75 dní.

Náš rehabilitační tým tvoří: lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, logopedka, psychologové, zdravotní sestry, masér, sociální pracovnice, vedoucí dílen a pomocný zdravotnický personál.

Při nástupu je pacient vyšetřen lékařem, který vystaví rhb kartu s rozpisem procedur. Na jednotlivých úsecích pak provedeme testování, které opakujeme při každé vizitě. Podle dosažených výsledků lékaři upravují rhb program.

Rozdělení procedur:

- individuální cvičební blok (mimo jiné se cvičí dle Mojžíšové, Kabata, Bobatha, Švejcara, v příštím roce se začne s Vojtovou metodou)
- skupinové cvičení v tělocvičně, na pódii, v bazénu, které je rozděleno podle diagnóz a schopností pacienta
- fyzikální terapie – termoterapie (lokální aplikace tepelných obkladů, kryoterapie, parafinová lázeň, biolampa), hydroterapie (vířivé koupele HK, DK i celková), elektroléčba (analgetické proudy, magnetoterapie, ultrazvuk, laseroterapie, rebox, pneuven, vasotrein)
- mechanoterapie – rotopedy, motomedy, cvičení v závěsech
- vertikalizace – vertikalizační stojany a parapodium
- sporty – v tělocvičně, fitness, plavání
- psychoterapie, logopedie, muzikoterapie, ergoterapie

Rehabilitační program probíhá 6 dní v týdnu.

Oddělení ergoterapie máme rozděleno do čtyř úseků:

- nácvik nezávislosti, kde si pacienti zkusí všední denní činnosti a učí se používat kompenzační pomůcky. Mají možnost si vyzkoušet i autotrenažer a domluvit si kondiční jízdy.
- cvičebna úchopů a psaní, na které se zaměřujeme i na trénink kognitivních funkcí. Pomůcky na psaní vyrábí protetické oddělení, nebo si je pacienti mohou zakoupit v naší prodejně.
- terapeutické dílny – keramická, tkalcovská, výtvarná, oděvní, truhlářská a kovodílna. Práce na dílnách je zařazována cíleně na postiženou oblast, kondičně nebo je zaměřena na pracovní začlenění. Nabídka činností je skutečně velmi pestrá.
- výpočetní technika, která je rovněž vybavena pomůckami (např. myš pro spastiky..). Velkou výhodou je, že se mohou pacienti bezplatně připojit na internet.

Na oddělení ergoterapie pracují 3 ergoterapeutky, 2 fyzioterapeutky, 3 zdravotní sestry a 9 mistrových a vedoucích dílen. Přestože jsou Kladruby rehabilitačním ústavem s mnohaletou tradicí, nejsou ve svých metodách a vybavení zastaralé. Srdečně vás k nám zvou.

Název příspěvku: Máme se bát ICF?

Autor: Mgr. Jana Jelínková

Kontakt: Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze, Albertov 7, Praha 2, jelinkova@btinternet.com

Příspěvek prezentován na 17. celostátní konferenci České asociace ergoterapeutů „Ergoterapie 2005“ pořádané ve spolupráci s KRL 1. LF UK a VFN v Praze, dne 11. 11. 2005.

Úvod

V současné době je v rehabilitaci stále více diskutována otázka hodnocení funkčních schopností ve vztahu k posuzování kvality života klientů či pacientů a cílení poskytovaných služeb. Zjišťování úrovně fungování osoby, u které došlo ke změně zdravotního stavu či vzniku disability, je pro plánování terapeutických intervencí nepostradatelné. Na úroveň fungování osoby je však potřeba nahlížet u každého individuálně, ve vztahu k činnostem, které osoba považuje za užitečné a smysluplné, které odpovídají jejím sociálním rolím a které odrážejí nároky fyzického i sociálního prostředí, v kterém žije. V ergoterapii se potýkáme s tím, jak pomoci osobě zachovat či navrátit co možná největší repertoár aktivit a současně jak odborné veřejnosti prokázat, že naše ergoterapeutická intervence je potřebnou a nedílnou součástí kvalitní a komplexní rehabilitace.

Ve svém příspěvku bych proto chtěla představit novou klasifikaci Světové zdravotnické organizace „Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví“ z roku 2001, která při posuzování úrovně zdraví vychází z filozofie, která je velmi blízká filozofii ergoterapie a může být tedy velmi dobře využita k objasnění zaměření našeho oboru.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví- původ vzniku

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (Pfeiffer, 2003)¹, dále ICF, je revizí Mezinárodní klasifikace poruch, disability a handicapu, kterou vytvořila Světová zdravotnická organizace v roce 1980². Nová klasifikace je výsledkem mnohaleté intenzivní spolupráce více jak 70 států, jejichž snahou bylo vytvořit společnou terminologii pro popis zdraví a se zdravím souvisejících faktorů. V současné době je klasifikace ICF oficiálně přijata v 191 zemích jako standard pro popis a hodnocení zdravotního stavu a disability. Klasifikace byla přeložena do 29 jazyků a je postupně zaváděna do klinického prostředí, zdravotnických a sociálních služeb, statistiky a výzkumu. V České republice se o překlad klasifikace ICF zasloužil prof. MUDr. Jan Pfeiffer, bohužel její knižní vydání zatím nebylo publikováno.

Cílem nové klasifikace je poskytnout jednotnou terminologii pro popis zdraví a se zdravím souvisejících stavů. ICF deklaruje, že ústředním smyslem zdravotnických služeb je pomoci lidem účastnit se každodenních aktivit, které jsou pro jejich život smysluplné a potřebné. Klasifikace zahrnuje všechny aspekty zdraví a zdraví pojímá v širším kontextu, nezaměřuje se pouze na hodnocení disability. Disability je v nové klasifikaci vnímána jako mnohorozměrný jev, který vzniká vzájemnou interakcí mezi

¹ V originále „International Classification of Functioning, Disability and Health“, zkratka ICF (WHO, 2001)

² V originále „International Classification of Impairment, Disability and Handicap“, zkratka ICIDH-2 (WHO, 1980)

zdravotním stavem jedince a fyzickým i sociálním prostředím, v kterém se nachází. Hodnocení disability je založeno na bio-psycho-sociálním modelu. Vychází z předpokladu, že každý člověk může mít v určitém směru nějakou poruchou. Závažnost poruchy je však hodnocena podle toho, jak dalece způsobuje omezení výkonu aktivit, které jsou pro osobu obvyklé, jak významně ovlivňuje životní styl či zastávání sociálních rolí. Důraz je v klasifikaci kladen na faktory prostředí, které mohou výkon aktivity usnadnit či mu bránit. Klasifikace tedy hodnotí dopad zdravotních obtíží z pohledu zachovalých či omezených funkčních schopností jedince ve vztahu k prostředí a situaci, v kterých se jedinec nachází. V tomto pojetí je možné využít klasifikaci nejen pro posouzení úrovně fungování osob s disability související s fyzickými či psychickými obtížemi, ale i u osob sociálně znevýhodněných (např. obtížně uplatnitelných na trhu práce).

Cíle a použití ICF

Klasifikace byla vytvořena s ohledem na její použití různými profesemi a též v různých odvětvích či oblastech praxe. Hlavním cílem klasifikace je umožnit pohlížet na zdraví v širších souvislostech, nejen pouze na následky určitého onemocnění. Konkrétní cíle klasifikace mohou být stručně vyjádřeny následovně:

- poskytnout základ pro pochopení a studium zdraví a se zdravím souvisejících faktorů a determinant
- vytvořit jednotnou terminologii pro popis zdraví a se zdravím souvisejících faktorů pro komunikaci mezi různými uživateli, jako jsou zdravotníci, lidé s disability, výzkumníci, politici i veřejnost
- umožnit srovnání dat mezi státy, zdravotními obory, službami
- poskytnout schéma kódování pro zdravotnické informační systémy

Z výše uvedených cílů lze shrnout, že klasifikace ICF má široké možnosti uplatnění. Ačkoli je ICF v podstatě klasifikací zdravotního stavu, je také využívána v sektorech jako je pojišťovnictví, sociální zabezpečení, služby zaměstnanosti, vzdělávání, sociální politika a legislativa. Klasifikace byla též začleněna do Standardních pravidel pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením.

Klasifikace ICF nabízí pojmový rámec pro získávání informací, které jsou použitelné pro oblast zdravotní péče, zahrnující prevenci, podporu zdraví a zlepšení participace osob s disability. Nová klasifikace WHO tedy vyplňuje mezeru v pochopení disability, jejího rozměru, příčin a prevalence.

Přehled oblastí ICF

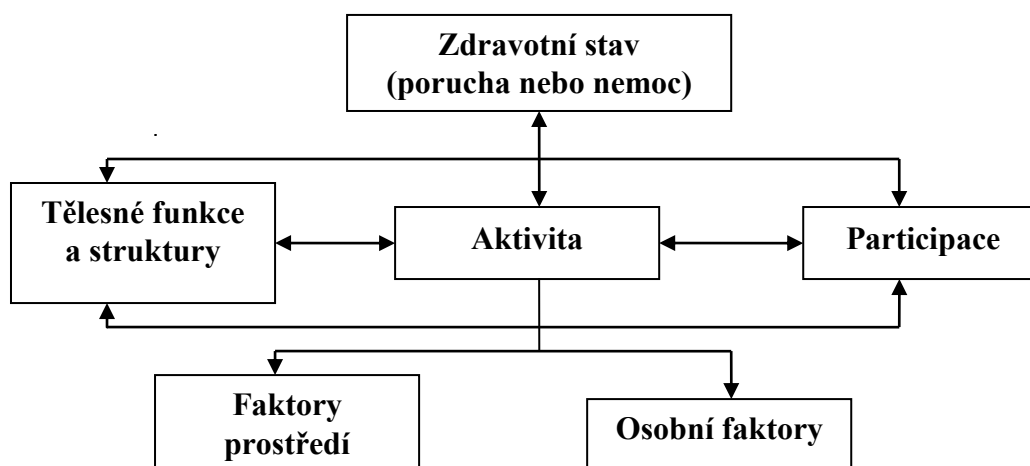
Klasifikace ICF poskytuje popis situací týkajících se zdraví a se zdravím souvisejících oblastí či domén, které nám pomáhají popsat změny tělesných funkcí a struktur a současně zaznamenat, jak porucha zdraví ovlivňuje osobu ve výkonu aktivit ve standardním prostředí (v klasifikaci hodnoceno jako úroveň kapacity), stejně jako co aktuálně osoba s danou poruchou zdraví aktuálně provádí ve svém obvyklém prostředí (v klasifikaci hodnoceno jako úroveň výkonu). Tyto oblasti jsou hodnoceny z hlediska tělesných funkcí a struktur a z individuální a sociální perspektivy pomocí dvou přehledů: přehled tělesných funkcí a struktur a přehled

oblastí či domén aktivit a participace. V klasifikace ICF pojem „*fungování*“³ se vztahuje ke všem tělesným funkcím, aktivitám i participaci, zatímco termín „*disabilita*“ je podobně zastřešující termín pro poruchy, omezení aktivity a participace osoby. Fungování a disabilita jsou považovány za dynamickou interakci mezi zdravotním stavem a faktory prostředí.

Součástí klasifikace ICF je též přehled faktorů prostředí, které souvisejí se všemi výše uvedenými oblastmi. Faktory prostředí mají vliv na všechny oblasti fungování a disability a jsou seřazeny od bezprostředního prostředí osoby až po prostředí všeobecné. Základem při posuzování faktorů prostředí je, zda jsou tyto facilitujícím či bariérovým dopadem fyzického, sociálního či postojového světa, v kterém se osoba nachází.

Další součástí jsou Osobní faktory, které však nejsou v ICF klasifikovány, jelikož se jedná o velmi různorodé sociální a kulturní faktory individuálně odlišné.

Tab č. 1 Přehled oblastí ICF, WHO 2001



Vztah ICF a filosofie ergoterapie

Ergoterapie je profese, která se zabývá podporou zdraví a duševní pohody prostřednictvím vhodně zvolené aktivity. Teorie ergoterapie vychází ze znalosti aktivity/ zaměstnání a jejího terapeutického využití pro zlepšení funkčního stavu osoby, který byl díky onemocnění či disabilitě narušen. Ergoterapie vychází z předpokladu, že člověk může zlepšit své zdraví a kvalitu života tím, že se aktivně zapojuje do zaměstnání, které jsou pro něj osobně významná a smysluplná. Aktivitu či zaměstnání ergoterapie vnímá současně jako prostředek i cíl léčby.

Též klasifikace ICF se zmiňuje o důležitosti pomoci lidem účastnit se každodenního zaměstnání, které je pro jejich život smysluplné, což by mělo být hlavním cílem především zdravotnických služeb.

Podobně se ergoterapie shoduje s klasifikací ICF i v názoru, že výkon aktivity významně ovlivňuje prostředí, z kterého osoba pochází. V klasifikaci ICF je zvláštní zřetel kladen při hodnocení aktuálních dovedností osoby v oblasti aktivit, i jejich

³ z ang. originálu „functioning“ – Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health. Ženeva: World Health Organization, 2002

potenciálních možností, na zvážení konkrétních faktorů prostředí fyzického, ale i sociálního a kulturního.

Ačkoli byla klasifikace ICF vytvořena Světovou zdravotnickou organizací, zajímavé je zejména to, že upozorňuje při hodnocení zdravotního stavu osoby na zaměření pozornosti především na silné stránky, kterých je potřeba využít pro překonání případné disability. Stejně jako teorie ergoterapie nezdůrazňuje v posuzování zdraví medicínské hledisko, ale upřednostňuje ucelený pohled na jedince, jeho schopnosti i omezení.

Použití ICF v ergoterapii

Při bližším obeznámení se s důvody vzniku a použitím klasifikace ICF ve zdravotnictví je možné shrnout možnosti jejího použití v ergoterapii následovně:

- jako výzkumná pomůcka (pro měření výstupů intervencí, kvality života osob s určitou limitací aktivity nebo dopadu faktorů prostředí na výkon aktivity)
- jako podklad pro tvorbu klinických ergoterapeutických hodnocení (např. vyhodnocování rehabilitace a hodnocení úrovně fungování osoby)
- ke sjednocení používané terminologie v rehabilitaci
- při vzdělávání ergoterapeutů- přiblížení zaměření našeho oboru a jeho uplatnění v rámci zdravotně- sociálních služeb

Závěr

Závěrem bych jen shrnula, že klasifikace ICF se my, jako ergoterapeuti, bát nemusíme, protože její filozofie je nám blízká. Může nám poskytnout podklady pro argumentaci, proč a jak se může ergoterapie u osob s omezením výkonu aktivity uplatnit. Upozorňuje na skutečnost, že k omezení aktivity nemusí docházet pouze v důsledku poruchy fyzického zdraví, čímž otevírá i další oblasti pro působnost naší profese.

Seznam použitých literatury

1. Pfeiffer, J.: Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. In Votava, J. a kol: Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. Praha: Karolinum, 2003. Kapitola ?. s. 16-
2. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization, 2001
3. Sborník z ICF Basic & Advanced Course pořádaný Disability Italian Network(DIN) v rámci projektu Measuring Health and Disability in Europe (MHADIE), Madrid, 8.- 11. 6. 2005
4. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization, 2002

Název příspěvku: Projekt „Terénní sociální práce“ jako další služba o.s. Green Doors

Autor: Bc. Monika Kohoutová

Kontakt: o.s. Green Doors, projekt Klub v Jelení a V. kolona, monika.kohoutova@centrum.cz

Příspěvek prezentován na 17. celostátní konferenci České asociace ergoterapeutů „Ergoterapie 2005“ pořádané ve spolupráci s KRL 1. LF UK a VFN v Praze, dne 11. 11. 2005.

Úvod

Občanské sdružení Green Doors se zabývá pracovní a sociální rehabilitací lidí, kteří onemocněli schizofrenií. Zaměřuje se především na práci s mladými, krátkodobě nemocnými klienty, které podporuje v úsilí překonat krizi způsobenou nemocí a zařadit se co nejdříve do běžného života. Rehabilitace probíhá ve třech tréninkových kavárnách – Café na půl cesty, Klub v Jelení a V. kolona.

V roce 2004 vznikl v rámci služeb o.s. Green Doors nový projekt – „terénní sociální práce“. Pokusím se Vás seznámit s myšlenkou projektu a s výsledky za rok 2004 v kavárně V. kolona, kde pracuji jako sociální pracovnice. Tato kavárna se nachází jako jediná z kaváren o.s. Green Doors přímo v areálu Psychiatrické léčebny Bohnice (dále jen PLB). Tímto umístěním vznikají určitá specifika. Klienti, kteří jsou v V. koloně v rehabilitaci, jsou většinou ještě v hospitalizaci a připravují se na odchod z PLB, navykají si znovu na pracovní a sociální návyky, celkově se připravují na přestup do běžného života. Krok mimo zdi léčebny není nikdy jednoduchý, zvláště, když Vaše vyhlídky nejsou zrovna růžové – hledat si novou práci, někdy i bydlení, pociťujete finanční tíseň, nemáte se na koho obrátit, nikdo na Vás nečeká atd.

Myšlenkou, proč vlastně tento projekt vznikl bylo, aby klienti o.s. Green Doors byli ve chvíli, kdy z rehabilitace odcházejí, zajištěni „po praktické stránce“. Bohužel se totiž stávalo, že propouštění pacienti z PLB odcházeli často nezaopatřeni – ať po stránce sociální a finanční (tzn. neměli invalidní důchod, sociální dávky apod.) nebo po stránce bytové či pracovní, neměli kontakty na sociální služby, neměli se na koho obrátit apod. Tito lidé se pak častěji do hospitalizace vraceli, neboť tlak v běžném životě byl tak obrovský, že ho neunesli. Naší prací tedy je během rehabilitace mapovat potřeby klienta a pokud se objeví zakázka z oblasti budoucího zaměstnání, bydlení, zajištění sociální jistoty (invalidní důchod apod.), snažíme se tuto zakázku naplnit. Vše se samozřejmě odehrává ve spolupráci s klientem, veškeré kroky jsou závislé na jeho motivaci k řešení jeho životní situace. Pro úspěch celého snažení je však nutná ještě jedna spolupráce – a to s klíčovými pracovníky z PLB – jde o osoby, které pracují s daným klientem - lékař, sociální pracovnice, terapeut apod.

Cílem projektu v V. koloně je:

1. zmenšit bariéru mezi psychiatrickou léčebnou (PLB) a okolním „zdravým světem“ – otevřít léčebnu oběma směry – snadnější cesta ven z PLB + přilákání zdravé populace do PLB
2. snižovat stigma

Náplň projektu

1. **zvýšit informovanost zaměstnanců PLB o komunitních službách a více komunitní služby s PLB propojit** → *řešení:* účast na poradách terapeutů PLB (2x měsíčně); pravidelná prezentace projektu na komunitách pro pacienty (1x měsíčně); pravidelné roznášení informačních materiálů po PLB.
2. **propagace** → *řešení:* roznos letáků a pozvánek na kulturní akce mimo PLB (v místní komunitě). Na roznos letáků bylo zřízeno nové chráněné místo pro jednoho klienta.
3. **převádění klientů z PLB do komunitních služeb** → *řešení:* být v pravidelném kontaktu s „klíčovým pracovníkem“ daného klienta v PLB; být v pravidelném kontaktu s pracovníky PLB na jednotlivých pavilonech; společné vytváření „propouštěcího plánu“ daného klienta.

Co se týče konkrétní **pracovní náplně terénního sociálního pracovníka**, je následující:

- **sociální poradenství** (v oblasti bydlení, práce, soc. dávek, invalidních důchodů ...)
- **doprovody do institucí** (úřady práce, odbory sociální péče, PSSZ, pojišťovny, k lékaři ...)
- **převádění klientů do jiné služby** (do zaměstnání – nová práce, podporované zaměstnávání, spřátelené kavárny; do školy – dojednání individuální výuky; do chráněného bydlení apod.)
- **pomoc při hledání nové práce** (sepsání životopisu, procházení inzerátů, hledání práce na internetu ...)
- **informace o aktuální nabídce sociálních služeb**

Realizace projektu

S přípravou projektu se začalo v srpnu roku 2004, realizace v praxi – tj. práce s klienty – byla započata v říjnu 2004. Na následujících řádcích se budu věnovat výsledkům projektu za období od října do prosince 2004.

Výsledky projektu za 10/04 – 12/04:

- **službu využilo 9 klientů z celkového počtu 10 klientů.**
- délka spolupráce: 4x pouze 1 schůzka, u 5 osob spolupráce od října.
- **zakázek bylo celkem 19:**
 - : *hledání zaměstnání* - 6 zakázek (z toho 5 zakázek pokračuje do dalšího roku)
 - : *doprovody* - 3 (z toho 1x k soudu a 2x na úřad)
 - : *soc. problematika* - 3 zakázky (z toho 1 zakázka naplněna a 2 pokračují)
 - : *informace o aktuální nabídce soc. služeb* - 0 zakázek
 - : *právní otázky* - 0 zakázek
 - : *oblast bydlení* - 5 zakázek (z toho 1 naplněna a 3 pokračují)
 - : *další (zdrav.situace, studium)* – 2 zakázky (1 naplněna a 1 pokračuje)

Z tohoto krátkého shrnutí výsledků zřetelně vyplývá, že zájem klientů o tuto službu je velký a z toho se odvíjí i vysoký počet konkrétních zakázek.

Sociální poradna

Pod činnost terénního sociálního pracovníka v V. koloně ještě spadá provoz **sociální poradny**. Tato poradna je určena pro pacienty hospitalizované v PLB i pro širokou veřejnost mimo PLB.

Od 10/04 do 12/04 navštívilo poradnu 5 lidí – z toho 4 pacienti z PLB a 1 člověk mimo PLB.

Zakázek bylo celkem 5:

- 3x poradenství o invalidních důchodem a možnostech práce s nimi
- 2x právní otázky

Závěr

Co říci závěrem? Dnes vidím naši práci v tomto projektu o rok dále, neboť se blíží konec roku 2005. Z celého průběhu terénních sociálních prací v V. koloně mi vyplývá, že tato služba je nezbytná. Téměř každý klient, který je v kavárně v rehabilitaci, má určitou zakázku ze sociální oblasti k řešení. U každého je to samozřejmě jiné. U někoho stačí zařídit invalidní důchod a je zajištěn, ale jsou i jedinci, kteří potřebují pomoc v několika oblastech najednou – při hledání práce, při hledání nového ubytování, zajištění určité sociální jistoty – financí apod. Těchto osob není v dnešní době málo. Psychické onemocnění je nemoc, která ovlivní život člověka na poměrně dlouhou dobu. Není Vám dobře za 14 dní, ale třeba až za několik měsíců či dokonce let. Čím delší je toto období, tím horší a těžší je poté návrat zpět do běžného života. Ukazuje se ale, že už jen samotné vyjádření podpory a podání pomocné ruky může být pro klienta povzbuzující a rozhodující pro jeho další kroky. Naší snahou je, aby návrat zpět byl alespoň o něco méně náročný, o něco více zajištěný.

Jak jsem již říkala na začátku, pro úspěch projektu je nezbytná spolupráce – a to mezi námi v o.s. Green Doors a našimi klienty, ale také s pracovníky z PLB. Jsem ráda, že to mohu takto napsat, neboť dle mého názoru se i tato spolupráce daří. Spolupráce s pracovníky PL Bohnice proběhla u několika klientů a vždy úspěšně. Do budoucna plánujeme pokračovat tak, jak je tato služba v dnešní době nastavena, neboť se v praxi osvědčuje a dle vyjádření klientů a spolupracovníků funguje.

Poznámka:

Pokud byste měli zájem o podrobnější informace o této službě nebo byste měli zájem o exkurzi či stáž v o.s. Green Doors, kontaktujte mě na výše uvedeném emailu. Zároveň je již k dispozici statistika za terénní sociální práce za rok 2005.

Více informací je také možno získat na www.greendoors.cz

Název příspěvku: Ergoterapeutické hodnocení u dětí s poruchami vývoje

Autor: Bc. Marcela Kryski

Kontakt: Dětské centrum Arpida, U Hvízdala 9, České Budějovice, kryski@atlas.cz

Příspěvek prezentován na 17. celostátní konferenci České asociace ergoterapeutů „Ergoterapie 2005“ pořádané ve spolupráci s KRL 1. LF UK a VFN v Praze, dne 11. 11. 2005.

Přednáška pojednávala o možnostech ergoterapeutického hodnocení u dětí s poruchami vývoje.

V dnešní době se stále více setkáváme s dětmi s poruchami vývoje ať po stránce somatické, mentální či jako kombinované postižení. U takto postižených dětí je velmi důležitá včasná diagnostika a okamžitá terapie. Na diagnostice, ale i terapii se podílí celý tým odborníků (multidisciplinární tým). A mezi nimi má své nezastupitelné místo i ergoterapeut.

V dětském centru ARPIDA, kde pracuji jako ergoterapeutka se nejčastěji setkávám s diagnosou dětská mozková obrna.

Ve svém příspěvku, jsem se zaměřila na ergoterapeutické hodnocení (vyšetření) dítěte ve všech oblastech jeho vývoje od narození do 6 let. Protože když dítě dobře ergoterapeuticky vyšetříme ukáže se nám, co vše dítě umí, co by se mělo naučit a co by mělo již umět a znát.

Ve své praxi čerpám z přímých a nepřímých zdrojů získání informací. Z nepřímých zdrojů je pro mě nejdůležitější rozhovor jak s dítětem (dle jeho věku), tak s jeho rodiči. V tomto rozhovoru se zaměřuji nejčastěji na otázky mobility a lokomoce, sebeobslužné dovednosti, zájmy dítěte atd. U dětí tento rozhovor spojuji s předem připravenou hrou, při které mohu pozorovat, jak se chová, jak si dovede poradit s překážkou, zda vydrží u jedné činnosti nebo přechází na další atd. Při hře můžeme dále sledovat, jak dítě manipuluje s předměty – úchopy, rozsah pohybu, koordinaci horních končetin apod.

Z přímých zdrojů využívám hodnocení při výkonu a objektivní testování. Z testů používám jak testy standardizované – hodnocení laterality dle Prof. Z. Matějčka, CSc, vývojová zkouška stavění z kostek – sestavila E.M. Taylorová, tak nestandardizované – vývojové schéma dítěte od narození do 6. let, vývojové schéma sebeobslužných dovedností dítěte, vyšetření motoriky HKK, vyšetření úchopů a facio-orální vyšetření.

Použité standardizované testy můžete najít v odborné literatuře (viz. použitá literatura). Z uvedených nestandardizovaných testů zde více rozvedu vývojové schéma dítěte od narození do 6. let, vývojové schéma sebeobslužných dovedností dítěte. Oba tyto testy se zaměřují na dovednosti, které si dítě osvojuje v průběhu svého vývoje od narození do šesti let. První test hodnotí hrubou a jemnou motoriku, řeč, sociální vztahy, vývoj hry a reflexy (jen orientačně). Druhý pak hodnotí sebeobslužné dovednosti dítěte – svlékání, oblékání, zapínání a rozepínání, příjem potravy, osobní hygiena a koupání, moč a stolice. Podle věku dítěte víme, co by mělo umět a podle dovedností uvedené v tabulce se zase dovíme ve kterém věku se dítě nachází podle dovedností.

Vhodnou terapií bychom měli dosáhnout, aby věk dítěte odpovídal dovednostem, které by dítě v jeho věku mělo již znát a umět.

Závěrem bych chtěla říci, že si děti v období od narození do 6 let osvojují základní životní dovednosti. V tomto období připravujeme děti na vstup do kolektivu svých vrstevníků, nejprve do školky poté do školy. Spolu s rodiči a ostatními členy týmu se snažíme, aby dítě bylo co nejvíce samostatné.

Seznam použité literatury:

1. Brázdilová N.: Organicky podmíněné dysfunkce CNS. Brno 1996.
2. Ergoterapie u dětí s DMO. Studijní materiál KRL.
3. Handling u dětí s DMO domácím prostředím. Studijní materiál KRL.
4. Kříšťanová L.: Diagnostika laterality a metodika psaní levou rukou. Hradec Králové,
5. GAUDEAMUS 1998.
6. Máček M. a kol.: Léčebná tělesná výchova v pediatrii. Praha, AVICEUM 1975.
7. Nakonečný M.: Encyklopedie obecné psychologie. Praha, ACADEMIA 1997.
8. Niessen K.H. a kol.: Pediatrie. SCINTIA MEDICA 1996.
9. Pfeiffer J.: Ergoterapie. Praha, Edice REHAB 2001.
10. Reed K.L.: Quick reference to Occupational therapy. An aspen publication 1991.
11. Strassmeier W.: 260 cvičení pro děti raného věku. Praha, Portál 1996.
12. Teorie Ergoterapie – Dětská mozková obrna. 3.ročník, studijní materiál KRL.
13. Trojan S. a kol.: Fysiologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka. Praha, Grada 2001.
14. Vojta V.: Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku. Praha, Grada 1993.

Příloha č. 1 Vývojové schéma dítěte od narození do 6. let

Věk	Hrubá motorika	Věk	Jemná motorika
0-2m	na břišku stáčí hlavičku do strany, skrčuje nožičky pod sebe, zvedá na chvíli hlavičku, na zádech mává současně oběma rukama	0-2m	reflexní dlaňový úchop palcem flektovaným do dlaně
3-4m	kontrola hlavy v poloze na břiše, zvedne hlavu nad podložku, pase koničky, na zádech otáčí hlavu na obě strany	3-4m	udrží v ruce podaný předmět, dlaňový úchop s palcem pasivně fl. do dlaně; 4m - pokus o uchop. předmětu, sahá po něm bilaterálně
5m	převrátí se ze zad na břicho, opírá se o dlaně a hlavu zvedá kolmo k podložce, dítě narovná s hlavou krční a hrudní páteř	5m	sáhne po předmětu oběma rukama a uchopí ho
6m	udrží se v sedu, převrátí z břiška na záda, sed nejprve " žabí pozice ", na břišku se	6m	sahá po předmětech a uchopí je jednou rukou = unilaterálně; mává chrastítkem;

	zvedá na dlaně plošky nohou či kolena		hrabavý úchop, proximodistální-) účast prstů
7-8m	pomocí rukou se zvedá do kleku , vystřkuje zadeček; 8m - bez pomoci se posadí, sedí bezpečně; dává přednost jedné ruce	7-8m	překládá předmět z ruky do ruky, uchopí aktivně kostku
8-9m	dobře leze, udrží se na nohou - drženo jen za ruce, pohyb po podložce v poloze na břiše (otáčení, lezení, plazení, válení)	8-9m	uchopí kostku do prstů a účastí palce a ukazováku = ulnoradiální; nůžkový úchop, 9m - spodní úchop (po podložce)
10- 11m	samo se postaví držíc se za oporu, samo leze po ručkách a kolenou	10- 11m	záměrně pustí předmět
11- 12m	stojí samo bez držení, chodí bokem okolo nábytku přidržujíc se rukama -) nejde ještě o chůzi, přisunuje nohy	11- 12m	bere do každé ruky jednu hračku, uchopí dva předměty do jedné ruky;11m - svrchní úchop - ze vzduchu uchopí špetkou
1-2r	učiní první samostatné krůčky, je -li vedeno za ruku; 18m - chodí samostatně; 24m - chodí po schodech držíc se, kopne do míče	1-2r	snaží se vhodit kuličku do nádoby, drží tužku v prstech, čmáře symetricky tužkou obrací 2 -3 stránky nejednou, staví věž
2-3r	běhá jistě, obchází překážky, dřepne si ke hře a bez držení vstane	2-3r	staví věž z 5 - 6 kostek a vlak, obrací jednotlivé stránky, kreslí vertikální čáry
3-4r	seskočí snožmo ze stupínku, umí stát na jedné noze cca. 1 sekundu	3-4r	nereálná kresba, kreslí kruh podle předlohy staví věž z 10 kostek
4-5r	sejde a vyjde schody bez držení - střídá nohy, stojí na jedné noze více jak 1 sekundu	4-5r	kreslí křížek podle předlohy, kreslí hlavonožce, vloží 10 knoflíků do skleničky za 25 sekund
5-6r	5x poskočí na jedné noze pravé či levé je schopno samo nastoupit do autobusu	5-6r	staví schody, kreslí čtverec, kreslí jen části těla, trup; 6let - kreslí celou postavu, trojúhelník

Věk	Řeč	Věk	Sociální vztahy
0-2m	neartikulovaný křik, vzdychavé a sténavé zvuky ve spokojeném stavu po jídle; 2m - křik se diferencuje na pozitivní/negativní	0-2m	pokud se na dítě usmějeme odpoví úsměvem přestane křiče slyší-li nad sebou lidskou tvář 2m - reaguje úsměvem na lidskou tvář
3-4m	spontánní vokalizace, počátek broukání (vrkání, kvičení, bručení,..)	3-4m	otáčí hlavičku za zvukem lidského hlasu (nikoli zvukem), usmívá se spontánně

			4m - pozná matku, rozlišuje různé ob
5m	vydává zvuky složené ze samohlásek (a-a-a, o-o-o,e-e-e,..)	5m	reaguje na mimiku dospělých (na ús odpovídá úsměvem, na křik odpovídá křikem)
6m	počátek žvatlání (slabiky ba, ma, pa, ta,..)	6m	dojde-li přerušení styku s dospělým, projevuje nelibost brekem; raduje se z pozornosti
7-8m	tvoří řetězec slabik (vava, baba,..)	7-8m	obava z cizích lidí
8-9m	napodobuje zvuky po dospělém; 9m - reaguje na své jméno	8-9m	8m - rozlišuje zda výraz tváře je méně vážně nebo žertem, 9m - těší se ze h na schovávanou
10-11m		10-11m	na výzvu dělá " pa,pa; paci, paci ", ul jak je velké
11-12m	rozumí řeči	11-12m	podává hračky, ale nepouštěje; upoz na sebe (tahá matku za šaty)
1-2r	12m - vyslovuje první slovo (mama, tata) 18m - 30 slov	1-2r	intenzivně zkoumá prostředí, ukazuje náklonnost, 18m - rozumí zákazu " To nesmíš ! ", napodobuje úkony kt
2-3r	vyřídí prostý vzkaz, otázky " Co to je "; používá smysluplně 20 slov následuje jednoduchou výzvu	2-3r	brání svoje vlastnictví, zkouší se pros
3-4r	správně používá podstatná jména, jednotné a množné číslo	3-4r	dělí se po výzvě s ostatními
4-5r	vypravuje zážitky, umí hovořit s ostatními	4-5r	hledá spolupráci a přátelství u vrstevn
5-6r	výslovnost je prakticky bet chybná, pouze malé gramatické chyby	5-6r	spolupracuje se spoluhráči, drží se pr hry

Věk	Hra	Věk	Reflexy- orientačně
0-2m	fixuje a sleduje předměty, které se pohybují v jeho zorném poli	0-2m	tonicko šajový r., prim. vzpěrné r., r automat. chůze, moroov r., ůchop. r akustikofacialni r., patní r., atd.
3-4m	prohlíží a hraje si se svými prsty; 3 -10m - chytá více věcí do rukou, objevuje tvary, dotýká se materiálu	3-4m	4m - vyhasíná - galantův, hladací, s
5m		5m	
6m	uchopuje předměty pravou i levou rukou a předává je z ruky do ruky, je schopen do sebe mlátit v zrcadle	6m	vyhasíná - refl. ůchop ruky
7-8m	zkoumá předměty rukama, ústy, očima (ruka - oko - ústy)	7-8m	
8-9m	drží v ruce kostku aniž by ji pustil	8-9m	9m - vyhasíná ůchop nohy
10-11m	hraje s dospělýma hry na opakování, hraje si s částmi svého oblečení (knoflíky)	10-11m	
11-12m	dává jednu kostku na druhou	11-12m	

1-2r	předměty schovává a zase je přinese; 24m -hraje si vedle jiných dětí, rád shazuje věž z kostek, hraje si s vodou a pískem	1-2r	
2-3r	postaví věž ze 4 kostek, jednoduchá hra na role; imituje dennodenní konání a činnosti dospělých	2-3r	
3-4r	fantazijní hra (" dělá jako já "), staví most	3-4r	
4-5r	detailní hra na role a ostatními dětmi, jednoduchá konstruktivní hra, staví bránu	4-5r	
5-6r	náročná a vytrvalá konstruktivní hra, pravidla hry	5-6r	

(Brázdilová 1996, Máček 1975, Nakonečný 1997, Niessem 1996, Strassmaier 1996, Vojta 1997, Trojan 2001, Ergoterapie u dětí s DMO - KR)

Příloha č. 2 „Vývojové schéma sebeobslužných dovedností dítěte“

Věk	Oblékání	Věk	Svlékání
6m		6m	
9m		9m	
12m		12m	
15m	ochotně spolupracuje	15m	ochotně pomáhá
18m	oblékne si čepici	18m	sundá si čepici, ponožky
24m	navléká paži do rukávu	24m	sundá si rukavice, boty, kabátek
2,5r	spolupracuje při oblékání košile	2,5r	částečně se vsléká
3r	obl. kabátek, rozšněruje si boty	3r	stahuje si a sundá kalhoty, trikot
3,5r	obl. si sukni, rukavice; nazuje si boty	3,5r	pomáhá svléknout košili, svetr
4r	navlékne si ponožky, krátké kalhoty na gumu	4r	sundá si samo tričko, svetr, šaty
4,5r	obl. dlouhé kalhoty, zašněruje si boty	4,5r	
5r	oblékne se a svlékne samo	5r	
5,5r		5,5r	
6r		6r	
Věk	Zapínání, rozepínání	Věk	Hygiena, koupání
6m		6m	
9m		9m	
12m		12m	
15m		15m	
18m		18m	
24m		24m	pokouší si umýt ruce a osušit si je
2,5r	rozepíná patentky, suchý zip	2,5r	
3r	zapína a rozepíná velké knoflíky, patentky	3r	otevře a zavře kohoutak, umyje si samo
3,5r	roz. zip, kt. rozděljuje dva díly ve předu	3,5r	
4r	roz. a zap. přesku pásku, tkanice bot na cv.b.	4r	
4,5r	šměruje si boty, rozepne zip na zádech	4,5r	
5r	roz. vázanku, zap. malé knoflíky	5r	umyje a osuší si tělo, čistí si kartáčkem zuby

5,5r	roz. knoflíky na zádech	6r	začíná se česat, dovede se vysmrkat
6r	vázanka ve předu, zap. knoflíky na zádech	6r-8r	stará se o nehty, kompletní koupání
Věk	Příjem potravy (jídlo, pití)	Věk	Moč a stolice
6m	dává si předměty do úst	6m	
9m	jí samo piškoty, rohlíky	9m	
12m	jí pomocí prstů, pije z lahve bez pomoci	12m	
15m	pije z hrnku oběma rukama	15m	částečně ovládá močení, hlásí když se po
18m	začíná jíst vidličkou, lžící	18m	přes den se nepomočí
24m		24m	řekne si, když chce na nočník
2,5r	jí správně polévku, pije z hrnku jednou rujou	2,5r	sedí na záchodě
3r	jí samostatně vidličkou, lžící	3r	samo se pokouší jít na nočník nebo na klo
3,5r		3,5r	spláchne
4r	dává přednost vidličce	4r	jde samo na klozet
4,5r	pije pomocí slámky, uchopí pohár jednou rukou	4,5r	
5r	krájí šunku	5r	je zcela nezávislé, utře si samo zadek
5,5r	nalévá z láhve	5,5r	
6r,7r	je schopen používat nůž a vidličku dohromady	6r	

(Pfeiffer 2001, Trojan 2001, Ergoterapie u dětí s DMO - K

Název příspěvku: Využití hodnocení dovedností v Podporovaném zaměstnávání při přijímání klienta (pracovní diagnostika), v osobním profilu a v individuálním plánu podpory

Autor: Mgr. Vlasta Stupková, Bc. Kristýna Kölbllová

Kontakt: Asistence, o.s., V Pevnosti 4, 128 41 Praha 2

Příspěvek prezentován na 17. celostátní konferenci České asociace ergoterapeutů „Ergoterapie 2005“ pořádané ve spolupráci s KRL 1. LF UK a VFN v Praze, dne 11. 11. 2005.

Úvod

Česká Unie pro Podporované zaměstnávání vypracovala ve spolupráci s agenturami podporovaného zaměstnávání systém hodnocení dovedností v Podporovaném zaměstnávání. Tento systém odpovídá standardům, definici a cíli podporovaného zaměstnávání tím, že umožňuje sledování rozvoje dovedností uživatelů PZ v jeho průběhu. Dále se používá ve fázi přijímání klienta jako nástroj pracovní diagnostiky, který pomáhá určit, zda je pro zájemce o práci vhodná metoda podporovaného zaměstnávání nebo jiná metoda pracovní rehabilitace. Možnost využití tohoto systému v pracovní rehabilitaci podle novely zákona o zaměstnanosti jsme prezentovaly na konferenci ČAE v roce 2004. V příspěvku na konferenci v roce 2005 jsme se zaměřily na využití Hodnocení dovedností při přijímání klienta do PZ a v průběhu procesu PZ při vytváření osobního profilu klienta a při přípravě individuálního plánu.

Přijímání klienta

Při přijímání klienta do služby PZ je potřeba společně s klientem především ujasnit si jeho vlastní cíl, nebo více cílů. Člověk, který z nějakého důvodu hledá pomoc při získání pracovního uplatnění může navštívit Agenturu PZ aniž by měl konkrétní představu o tom, jaké pracovní uplatnění hledá. Je – li jeho cílem placená práce na běžném pracovišti, zaměstnání ve chráněné dílně nebo stacionáři, práce ve výrobním družstvu invalidů nebo hledá aktivitu pro vyplnění volného času, aby byl mezi lidmi, věnoval se svým zájmům a podobně. Toto zjišťování probíhá formou strukturovaného a nestrukturovaného rozhovoru a vyprávění. Dále se ve fázi přijímání klienta zjišťují předběžně jeho specifické potřeby. Zde je možné použít předchozích metod společně s pozorováním v reálných situacích a s použitím hodnocení dovedností. Hodnocení dovedností slouží v této fázi hlavně k tomu, aby zájemci o práci byla poskytnuta služba, která pro něj představuje efektivní podporu. V PZ se používá intenzivní, dlouhodobá, individuální podpora využívající osobní pomoci druhé osoby při vyhledávání i udržení si práce, podpora je poskytována i po získání práce a může se realizovat i přímo na pracovišti. Pro člověka, který takto intenzivní podporu nepotřebuje by bylo podporované zaměstnávání neefektivní, mohlo by jej omezovat v rozvoji jeho samostatnosti. V systému hodnocení dovedností jsou vybrané indikátory, které je nejvhodnější použít v této fázi. Potřeba podpory ve vybraných indikátorech signalizuje vhodnost využití PZ.

Osobní profil

Osobní profil v podporovaném zaměstnávání představuje souhrn informací o klientovi, důležitých vzhledem k jeho budoucímu zaměstnání. Jsou to skutečnosti, důležité především pro klienta. Na základě těchto informací pracovní tým pomáhá klientovi vyhledat vhodné zaměstnání a udržet si jej. Na základě osobního profilu a analýzy práce pracovní konzultant spolu s klientem vytváří individuální plán podpory. Osobní profil poskytuje informace nejen pro aktuální získání zaměstnání, ale i pro dlouhodobé plánování pracovní kariéry, jehož součástí může toto aktuální zaměstnání být.

Osobní profil vychází ze zájmů, vlastních představ a přání klienta, je postavený na jeho funkčním potenciálu a motivaci. V PZ jsou na prvním místě priority klienta. V oblasti dovedností je důležité pozitivní zaměření na to, co klient dokáže a s čím už má zkušenosti, zároveň však zůstává otevřena možnost prohlubování i získávání nových dovedností a také prostor pro vývoj a změny v zaměření klienta se získáváním nových zkušeností.

Součástí osobního profilu jsou také specifické potřeby klienta. Při hodnocení dovedností se hodnotí přímo potřeba pomoci. Hodnocení dovedností klienta ,se kterým se začne na počátku spolupráce, se může zároveň použít jako počáteční hodnocení v procesu PZ a jako podklad pro individuální plán.

Individuální plán

Proces plánování průběhu služeb začíná po uzavření dohody o poskytování služeb a trvá do uzavření dohody o ukončení poskytování služeb. Individuální plán vytváří konzultant s klientem na základě osobního profilu, hodnocení dovedností, po získání místa také na základě analýzy pracoviště .Plánováním průběhu služeb PZ rozumíme proces, jímž si uživatel služeb vytváří konkrétní představu o cíli, kterého chce prostřednictvím služeb PZ dosáhnout, a o způsobu jeho dosahování.

Výstupem z tohoto procesu je individuální písemný plán průběhu služeb PZ konkrétního uživatele. Obsahuje identifikační údaje, hodnocení dosavadního průběhu služby, popis aktuální výchozí situace, hlavní cíl a postupné kroky a úkoly potřebné k jeho dosažení. V úkolech je uvedeno, co udělá klient sám, co s pomocí konzultanta nebo asistenta, s jakou pomocí, a co udělá konzultant. V plánu je stanoveno datum revizní schůzky, kde se hodnotí dosavadní průběh a po této schůzce se pokračuje v plánování.

Hodnocení dovedností se používá, jak už bylo řečeno, při přípravě osobního profilu jako počátečního hodnocení. Průběžná hodnocení se mohou dělat před revizními schůzkami (hodnocení rozvoje dovedností v činnostech, které klient v průběhu služby rozvíjel a stanovení plánu podpory pro další období), v obdobích významných mezníků v procesu, například po získání místa, a před ukončením služby.

System stanovení míry potřebné podpory

Potřebná podpora se zjišťuje ve vazbě na dovednosti, které se více či méně přímo dotýkají získání a udržení zaměstnání na otevřeném trhu práce. Tyto dovednosti se označují jako „indikátory podpory“; patří sem např. schopnost prakticky používat školní znalosti jako čtení a psaní, orientovat se v čase, cestování hromadnou dopravou apod.

Indikátory zahrnují jak klíčové kompetence potřebné ke zvládnutí obecných nároků jakéhokoli zaměstnání tak všeobecné kompetence podmiňující širší uplatnění člověka ve společnosti. Hodnocení se vztahuje pouze k běžným schopnostem, v nichž dospělí lidé běžně pomoc nepotřebují (nikoli na speciální, odborné postupy). V těch oblastech, kde je zjištěna snížená schopnost, se provede vyhodnocení míry potřebné podpory.

Při hodnocení se používají metody strukturovaného a nestrukturovaného rozhovoru, získávání informací od relevantních osob a hlavně pozorování. Těžištěm hodnocení je pozorování v reálných situacích, při vykonávání běžných činností. Ve fázi přijímání klienta to může být chování a komunikace v novém prostředí a při setkání s neznámou osobou. Předběžně se už při zjišťování cíle klienta může hodnotit motivace k práci a aktivnímu životu, orientace ve vlastních zájmech a možnostech, orientace v možnostech pracovního uplatnění. Při vytváření osobního profilu je již hodnocení zaměřeno přímo na oblasti potřeby podpory a z toho se pak vychází v individuálním plánu, průběžném a závěrečném hodnocení.

Indikátory podpory:

1. sebeobsluha
2. péče o domácnost
3. pohyb, orientace v obci
4. použití veřejné dopravy
5. veřejné instituce a vybavení
6. použití školních dovedností
7. učení se novým věcem
8. motivace k práci
9. vlastní pracovní schopnosti a kariéra
10. provádění pracovních výkonů
11. orientace v hierarchii pracovníků
12. každodenní péče o zdraví
13. bezpečné chování
14. zvládání emocí/sebekontrola
15. úprava zevnějšku, společenské chování
16. kontakt s lidmi
17. právní a administrativní úkony

18. jednání s autoritami

Postup při hodnocení

Ke každé kategorii je potřeba si udělat slovní komentář – proč je potřeba podpory vyšší. Účelem slovního komentáře je zajistit vyšší míru objektivity: aby posuzovatel při revizi vzal v úvahu opět stejné skutečnosti. Na základě slovního komentáře se teprve stanovuje míra potřeb podle dané škály.

Do slovního komentáře je nutné zahrnout podmínku, zda klient používá v dané oblasti jakoukoli pomůcku.

Frekvence hodnocení

Hodnocení lze provádět průběžně a průběžně také zaznamenávat zjištění. S ohledem na použití v PZ má význam provést alespoň úvodní a závěrečné posouzení. Úvodní posouzení se provádí po min. po 2 měsících práce s uživatelem, závěrečné posouzení proběhne v době ukončování poskytování služby – při závěrečné rekapitulaci.

Mimo to lze provést posouzení kdykoli průběhu poskytování služeb – např. za účelem doložení vývoje dovedností uživatele pro úřad práce.

Škála pro posouzení míry potřeb

Za účelem přehledného porovnání míry potřeb na začátku a na konci poskytování PZ je potřeba vyjádřit úroveň podpory číselně. K tomu slouží následující škála.

Bodové hodnocení	Verbální škála
0	Nehodnotí se
0	Bez podpory
1	Monitorování/sledování/dohled
2	Vedení/instruktáž
3	Částečná pomoc s činností/dovedností
4	Plná pomoc s činností/dovedností

Poznámky ke škále:

Nehodnotí se – je automaticky přednastaveno u každé položky hodnocení. Daná oblast není u klienta hodnocena z důvodu, že je irelevantní pro získání a udržování práce, nepracuje se s ní.

Bez podpory – tato oblast je hodnocena, ale klient v ní nepotřebuje žádnou podporu, je samostatný. Od předchozí se liší v tom, že s daná oblast je relevantní pro získání a udržování práce a proto je zjišťována její úroveň.

Monitorování/sledování/dohled – přítomnost pracovníka, nebo zpětné rozebírání situace dodává uživateli jistotu, stabilizaci, upevnění jeho dovedností.

Vedení/instruktáž – s níž uživatel je schopen vykonávat činnost sám.

Částečná pomoc s činností/dovedností – pomoc druhé osoby s některými činnostmi, nebo jednotlivými součástmi činnosti nebo činností

Plná pomoc s činností/dovedností – pomoc druhé osoby s převážnou většinou činností

Závěr

System stanovení podpory v PZ České unie pro PZ se nyní první rok používá v několika agenturách. Je k dispozici také v elektronické podobě jako součást systému hodnocení efektivity PZ. Při použití elektronické formy je výstupem také doporučení pro Úřad práce pro stanovení vhodného postupu v pracovní rehabilitaci. Na základě zkušeností s jeho použitím v jednotlivých agenturách se bude hodnocení dále vyvíjet. Na brněnském Kolokviu PZ v loňském roce bylo hodnocení v současné podobě prezentováno a zde i na dalších setkáních proběhla výměna zkušeností v různých agenturách. Většina konzultantů PZ, kteří hodnocení používají, jej považuje za velmi důležité pro dokumentaci průběhu služby a orientaci konzultanta a klienta v probíhající rozvoji samostatnosti. S nepříznivým ohlasem se většinou setkává časově náročná administrace, na druhou stranu někteří konzultanti uvádějí, že jim záznamy hodnocení v elektronické formě ušetří čas s psaním poznámek. Zazněl i názor, že pro některé cílové skupiny uživatelů PZ by bylo vhodné vytvořit specifické hodnocení.

Seznam použité literatury:

1. Souhrnná metodika Podporovaného zaměstnávání, Rytmus, Praha 2005

