

Univerzita Karlova v Praze
Husitská teologická fakulta

Bakalářská práce

Praha, 2008

Monika Radová

**Univerzita Karlova v Praze
Husitská teologická fakulta**

Bakalářská práce

**Ergoterapie, její přínos pro obnovení samostatnosti klienta –
srovnání péče v České republice a v Německu**

**Ergotherapy, its Contribution to Restoring Client's Independence
– Comparison of Care in the Czech Republic and in Germany**

**Studijní obor: Sociální pedagogika
Forma studia: prezenční**

**Vedoucí práce:
PhDr. Dagmar Moravcová**

**Autor:
Monika Radová**

Praha, 2008

Poděkování:

Chtěla bych velmi poděkovat vedoucí své bakalářské práce PhDr. Dagmar Moravcové za její vstřícný přístup, cenné rady, trpělivost a čas, který mi věnovala. Děkuji také všem, kteří mi svou radou a konzultacemi poskytli informace, jež jsem využila při psaní této práce.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci na téma: „Ergoterapie, její přínos pro obnovení samostatnosti klienta – srovnání péče v České republice a v Německu“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Souhlasím s použitím této bakalářské práce pro studijní účely ve smyslu § 60 Zákona č. 121/200 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon).

Anotace v českém jazyce

Ergoterapie je součástí sekundární péče o klienta. Podporuje aktivitu osob s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením na základě nejrůznějších metod především proto, aby byl klient schopen se co nejnáze navrátit do svého sociálního prostředí.

Cílem práce je vytvořit ucelený pohled na ergoterapii, porovnat ergoterapeutickou praxi ve vybraných zařízeních v ČR a v Německu, objektivně zhodnotit přínos ergoterapie pro samostatnost klienta.

V teoretické části práce jsou popisovány obecné základy ergoterapie, vypovídající o oboru jak v České republice, tak i v Německu. V praktické části je rozebírán obor ergoterapie konkrétně, jsou zmiňovány jednotlivé typy klientů z konkrétních zařízení a metody ergoterapie. Pro zhodnocení vlivu ergoterapie na samostatnost klienta je využíváno ergoterapeutických záznamů několika klientů. Subjektivně hodnotí tento vliv i sami klienti.

Metody, které byly pro dosažení cílů této práce použity, jsou: pozorování, srovnání systémů poskytované ergoterapeutické péče na Krajské klinice v Regensburgu a ve FN Motol v Praze, využití ergoterapeutických záznamů pro zhodnocení vlivu ergoterapie na samostatnost klienta a strukturovaný rozhovor.

Anotace v anglickém jazyce

Ergotherapy constitutes a part of secondary client care. It encourages activities of persons with a physical, sensory or mental disability by means of various methods, above all to make sure that the client is able to return to his/her social environment as easily as possible.

The aim of this paper is to create a comprehensive outlook on ergotherapy, to compare ergotherapeutic practice in selected establishments in the Czech Republic and Germany, and to objectively evaluate the contribution of ergotherapy to client's independence.

The theoretical part of the paper describes the basic principles of ergotherapy, which describe the field in general and are valid both for the Czech Republic as well as for Germany. The practical part analyzes the field of ergotherapy in more detail, it specifies individual types of clients in specific facilities and the methods of ergotherapy. Ergotherapeutic records of several clients are used to evaluate the importance of ergotherapy

for client's independence. The importance is evaluated subjectively too, by the clients themselves.

The methods, which were used to meet the objectives of this paper include: observation, comparison of systems of provision of ergotherapeutic care at the Regional Clinic in Regensburg and at the Motol University Hospital in Prague, the use of ergotherapeutic records for an evaluation of the importance of ergotherapy for client's independence, and a structured interview.

Klíčová slova v češtině

Ergoterapie, rehabilitace, obnovení samostatnosti klienta, FN Motol, Krajská klinika v Regensburgu, přístup ergoterapie ke klientovi, metody práce ergoterapie.

Klíčová slova v angličtině

Ergotherapy, physiotherapy, restoring client's independence, Motol University Hospital, Regional Clinic in Regensburg, approach to the client, methods used in ergotherapy.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Ergoterapie – definice	11
2 Vývoj ergoterapie	13
2.1 Vývoj ergoterapie v ČR	13
2.1.1 Česká asociace ergoterapeutů.....	14
2.2 Vývoj ergoterapie v Německu	15
3 Cíle a prostředky ergoterapie	17
3.1 Cíle ergoterapeutické léčby	17
3.2 Prostředky ergoterapeutické léčby	17
4 Osobnost ergoterapeuta	20
4.1 Výuka ergoterapie v ČR.....	20
4.2 Výuka ergoterapie v Německu.....	22
4.3 Možnost uplatnění ergoterapeuta v jednotlivých pracovních oblastech.....	22
5 Některé zákony vymezující obor ergoterapie.....	26
5.1 Zákony vymezující obor ergoterapie v ČR	26
5.2 Zákony vymezující obor ergoterapie v Německu	27
6 Ergoterapie v ČR – seznam zdravotních výkonů	28
7 Vztah rehabilitace a ergoterapie	29
PRAKTICKÁ ČÁST.....	31
8 Krajská klinika v Regensburgu – charakteristika, struktura.....	32
8.1 Klinika pro neurologickou rehabilitaci	33
8.1.1 Ergoterapie	36
9 FN Motol – charakteristika, struktura	37
9.1 Klinika rehabilitace	38
9.1.1 Ergoterapie	39
10 Výsledky ergoterapeutické rehabilitace některých vybraných klientů během absolvování praxe na Krajské klinice v Regensburgu a ve FN Motol	41
10.1 Ergoterapeutické záznamy klientů – Německo	42
10.2 Ergoterapeutické záznamy klientů – ČR.....	51
10.3 Zdravotní stav některých vybraných klientů.....	57
11 Používané metody v ergoterapii směřující ke zvýšené samostatnosti klienta	59
11.1 Individuální práce s klientem	59
11.1.1 Některé ergoterapeutické rehabilitační metody.....	60
11.1.2 Metody pro zvýšení samostatnosti klienta ve všedním dni.....	64
11.1.3 Metody rozvíjející kognitivní a fatické funkce	67

11.1.4	Výtvarné a kreativní techniky	69
11.2	Skupinová práce s klientem	69
12	Přínos ergoterapie pro obnovení samostatnosti klienta.....	74
12.1	Klienti Krajské kliniky v Regensburgu.....	74
12.2	Klienti FN Motol.....	76
12.3	Subjektivní zhodnocení přínosu ergoterapie pro samostatnost jedince několika klienty	78
ZÁVĚR		80
	Shrnutí.....	82
	Seznam použité literatury.....	84
Příloha A	– Rámce vztahů pro ergoterapeutickou praxi	I
Příloha B	– Etický kodex ergoterapeuta.....	III
Příloha C	– Standardy praxe České asociace ergoterapeutů	IV
Příloha D	– Některé zákony vymezující obor ergoterapie v ČR.....	VII
Příloha E	– Přehled jednotlivých částí zákona, které vymezují obor ergoterapie v Německu.....	X
Příloha F	– Seznam zdravotních výkonů pro obor ergoterapie a vysvětlení základních pojmů použitých v tomto seznamu	XI
Příloha G	– „Dienstleistungszeugnis“ (Pracovní osvědčení), překlad tohoto osvědčení	XIV
Příloha H	– Kontrakt mezi subjekty odborné praxe a Hodnocení studenta organizací praxe.....	XVIII
Příloha I	– Struktura organizace jednotlivých oddělení BKH Regensburg.....	XXI
Příloha J	– Týdenní plán FSJ ergoterapeuta na Klinice pro neurologickou rehabilitaci BKH Regensburg.....	XXII
Příloha K	– Struktura organizace FN Motol	XXIII
Příloha L	– Závěrečné ergoterapeutické zprávy klientů Kliniky pro neurologickou rehabilitaci BKH Regensburg.....	XXIV
Příloha M	– Některé z možných pracovních listů posilující kognitivní funkce	XXXII
Příloha N	– Strukturovaný rozhovor – Přínos ergoterapie pro samostatnost klienta	XLI

Seznam zkratek

Zkratka	Význam zkratky
ADL	„Activities of Daily Living“, aktivity všedního dne
iADL	Instrumentální ADL
pADL	Personální ADL
AOT	„Outdoor Training“, trénink samostatnosti ve vnějším prostředí kliniky
AP	Aktivní pohyb
BKH	„Bezirksklinikum Regensburg“, Krajská klinika v Regensburgu
C4-C6	Označení pro 4. – 6. krční obratel
C6	Označení pro 6. krční obratel
C7/TH1	Označení pro 7. krční – 1. hrudní obratel
C7TH1	Přechod krční a hrudní páteře
C8	Označení pro 8. krční obratel
CHCE	Cholecystektomie
CNS	Centrální nervový systém
COTEC	„Council of Occupational Therapists for European Countries“, Rada ergoterapeutů evropských zemí
ČAE	Česká asociace ergoterapeutů
CT	„Computer Tomography“, počítačová tomografie
DIP	Distální interfalangeální kloub
DG	Diagnóza
DMO	Dětská mozková obrna
FCE	Funkce
FSJ	„Freiwilliges Soziales Jahr“, Dobrovolný sociální rok
HKK	Horní končetiny
iCMP	Ischemická cévní mozková příhoda
KP	Kompenzační pomůcky
KRL	Klinika rehabilitace FN Motol
LDK	Levá dolní končetina
LHK	Levá horní končetina
MCP	Metacarpophalangový kloub
MHD	Městská hromadná doprava
MT	Měkké techniky
NCH	Neurochirurgie
NO	Nynější onemocnění
PDK	Pravá dolní končetina
PHK	Pravá horní končetina
PIP	Proximální interfalangeální kloub
PP	Pasivní pohyby
SPA	Sociálně-pracovní anamnesa
TH1	1. hrudní obratel
WFOT	„World Federation of Occupational Therapists“, Světová federace ergoterapeutů

ÚVOD

S ergoterapií jako součástí sekundární rehabilitační péče o klienta jsem se poprvé komplexněji seznámila na roční praxi v Regensburgu, kde jsem jako ergoterapeutka pod záštitou programu FSJ („Freiwilliges Soziales Jahr“ – Dobrovolný sociální rok) působila od 1.3. 2006 do 31.8. 2006. Práce na „Bezirksklinikum Regensburg, Fachklinik für Neurologische Rehabilitation“ – Krajské klinice v Regensburgu, Klinice pro neurologickou rehabilitaci byla velice intenzivní a podnětná. O ergoterapii jsem se nadále zajímala i po příjezdu zpět do ČR nejen proto, že jsem se rozhodla právě o tomto oboru napsat bakalářskou práci.

Přesto, že má ergoterapie v ČR již několikaletou tradici, stále nebylo napsáno či přeloženo dostatek publikací z tohoto oboru. Mým cílem je tedy **vytvořit co nejucelenější pohled na ergoterapii**. Ergoterapie je však velice širokou disciplínou, svým působením zabíhá do mnoha jí příbuzných oborů – např. medicíny, fyzioterapie, psychologie, sociální pedagogiky, etiky, filozofie, atd. Ve své práci se chci věnovat převážně těm metodám ergoterapie, které se mohou využít právě i v sociální pedagogice.

Vzhledem k tomu, že se mi naskytla možnost poznat ergoterapii jak v Německu (Krajská klinika v Regensburgu), tak i v ČR (FN Motol), stanovila jsem si za další cíl **porovnat ergoterapeutickou praxi právě v těchto dvou vybraných zařízeních**.

Dále bych chtěla **objektivně zhodnotit přínos ergoterapie pro samostatnost klienta** v souvislosti se získanými ergoterapeutickými záznamy. Vliv ergoterapie na zlepšení samostatnosti subjektivně hodnotili i sami klienti na základě strukturovaného rozhovoru. Veškerá získaná data se vztahují na úzkou skupinu klientů.

Hypotézy:

- na základě faktů uvedených v teoretické části práce, jež se týkají historie a tradice ergoterapie v ČR a v Německu, **předpokládám, že ergoterapeutická praxe probíhající ve zdravotnickém rehabilitačním zařízení v Německu bude na vyšší úrovni než v České republice**.
- dále si dovoluji vyslovit hypotézu, že z porovnání zdravotního stavu klienta (na základě ergoterapeutických záznamů) před působením ergoterapie a v průběhu či po jejím působení vyplyne, že **ergoterapie by měla být nedílnou součástí sekundární**

péče o klienta a předpokládám, že jejím působením se zdravotní stav klientalepší.

V teoretické části práce je věnována pozornost ergoterapii obecně – definicím, vývoji, cílům a prostředkům, osobnosti ergoterapeuta, zákonům, které ergoterapii vymezují, vztahu rehabilitace a ergoterapie.

Praktická část práce se zabývá popisem některých případů klientů, se kterými jsem se v průběhu své ergoterapeutické praxe setkala – je uvedena ukázka ergoterapeutických záznamů třech klientů Krajské kliniky v Regensburgu a třech klientů FN Motol. Jsou popsány některé metody, se kterými ergoterapie pracuje a které mají zvýšit samostatnost klienta. Zároveň je porovnána úroveň ergoterapie v Německu a v ČR. Přínos ergoterapie pro zlepšení samostatnosti je subjektivně hodnocen i některými klienty.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Ergoterapie – definice

Definice ergoterapie podle České asociace ergoterapeutů (ČAE)

„Ergoterapie je zdravotnická profese, která využívá specifické diagnostické a léčebné metody, postupy a činnosti při léčbě jedince každého věku, s různým typem postižení, kteří jsou trvale nebo dočasně fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postiženi.“¹

Definice ergoterapie podle Rady ergoterapeutů evropských zemí (COTEC)

„Cílem ergoterapie je:

- podpora zdraví a duševní pohody prostřednictvím smysluplné aktivity/zaměstnání,
- pomoci osobě dosáhnout maximální nezávislosti a udržení či zlepšení kvality života,
- důvěřovat, že zdraví může být ovlivněno aktivitou,
- výběr aktivit souvisí s jedincovými osobními, sociálními, kulturními a ekonomickými potřebami a odráží faktory prostředí, které vytvářejí jeho životní styl.“²

Definice ergoterapie podle Světové federace ergoterapeutů (WFOT)

„Ergoterapie je profese, která se zabývá podporou zdraví a duševní pohody (cell-being) prostřednictvím aktivity. Ústředním cílem ergoterapie je umožnit osobám vykonávat všední denní činnosti. Ergoterapeuti pomáhají osobám ve zlepšení jejich schopností, které jim umožní vykonávat potřebné aktivity, nebo v úpravách prostředí, které přispějí k účasti osoby v aktivitách.“³

¹ Česká asociace ergoterapeutů, 2000

² Council of Occupational Therapists for European Countries (COTEC) – Rada ergoterapeutů evropských zemí

³ World Federation of Occupational Therapists (WFOT), 2005 – Světová federace ergoterapeutů

Definice ergoterapie podle M. Lippertové - Grünerové

„Ergoterapie je terapie motoricko-intelektuálních funkcí a sociálních schopností s cílem dosažení samostatnosti v osobním, sociálním a pracovním životě.“⁴

Definice ergoterapie podle J. Pfeiffera

„Ergoterapie je lékařem předepsaná léčebná činnost pro tělesně, duševně nebo smyslově postižené osoby, kterou vede ergoterapeut. Jde o využití práce nebo různých jiných, např. výtvarných činností přiměřeným způsobem, podle onemocnění a stavu klienta nebo rehabilitanta. Léčebný program se vypracovává pro každého nemocného individuálně.“⁵

Ergoterapie jako slovo

Výraz ergoterapie vznikl z řeckých slov „ergon“ – práce a „therapia“ – léčení. Z tohoto překladu tedy často mylně dochází k domněnce, že ergoterapie znamená pouze „léčba prací“.

Jednotlivé definice se vzájemně doplňují. Obecně z nich však vyplývá, že ergoterapie podporuje aktivitu člověka každého věku na základě nejrůznějších metod. Především proto, aby byl schopen se co nejdříve navrátit do svého sociálního prostředí.

⁴ LIPPERTO VÁ-GRŮNEROVÁ, M.: *Neurorehabilitace*. Praha: Galen 2005 – str. 93

⁵ PFEIFFER, J.: *Ergoterapie II – Učebnice pro zdravotnické školy*. Praha: Avicenum 1990 – str. 8

2 Vývoj ergoterapie

2.1 Vývoj ergoterapie v ČR

U nás se ergoterapie uplatňovala převážně v psychiatrických léčebnách již v minulém století (např. v Brně léčbu prací programově zaváděl známý psychiatr prof. MUDr. Čermák). Klienti pracovali zvláště na zahradách a v zemědělských provozech, které přiléhaly k ústavu, jelikož dříve každá větší psychiatrická léčebna vlastnila svůj vlastní statek. Velkou tradici také měla ergoterapie v tuberkulózních sanatoriích. Velice originálně využíval ergoterapie MUDr. F. Hamza, zakladatel dětské tuberkulózní léčebny v Luži-Košumberku, pozdější profesor sociálního lékařství v Brně.

V literatuře se můžeme dočíst, že od r. 1913 byla ergoterapie zaváděna prof. MUDr. R. Jedličkou v jeho známém ústavu v Praze, kde se léčily postižené děti. Také váleční invalidé z první světové války, kteří svá původní povolání nemohli již pro zranění vykonávat zde prošli rekvalifikací. Z Jedličkových spolupracovníků nutno uvést pedagogy, kteří se zabývali ergoterapií v širokém slova smyslu. Byl to F. Bakule, A. Bartoš a MUDr. V. Trnka, který si dodatečně doplnil vzdělání na lékařské fakultě a publikoval velmi zajímavou ergoterapeutickou práci Zaměstnání dětí jako součást léčby a výchovy.

Ergoterapie se obecně také velice rozvinula v souvislosti s epidemiemi dětské obrny, která v několika vlnách zaplavila všechny civilizované země v období mezi první světovou válkou a rokem 1955, kdy A. Salk objevil očkovací látku proti této zákeřné chorobě.⁶

Postupně začaly vznikat další ústavy v Brně a Liberci. Roku 1947 byl otevřen rehabilitační ústav v Kladrubech, 1952 v Chuchelné, 1975 v Hrabyni, 1981 rehabilitačním ústavem v Karviné. Ve všech těchto ústavech byla věnována pozornost léčbě prací. Některé z ústavů existují dodnes, jiné zanikly.

V období socialistické republiky byl trend umísťovat lidi s postižením do odlehlých zařízení. Obecně panovala teorie „problém“ neexistuje, a tak nebyla potřeba profesí, které by napomáhaly integraci lidí s postižením.

Tradice rehabilitace byla u nás založena především na „cvičení“ a fyzikální terapii, proto byla ergoterapie vnímána jako „vyplnění času“ (odtud tradice řemeslných a výtvarných činností). Od 70. let dochází ke změně názvu „léčba prací“ na ergoterapie.

⁶ Historická data čerpána z knihy: **PFEIFER, J.**: *Ergoterapie II – Učebnice pro zdravotnické školy*. Praha: Avicenum 1990 – str. 10

Po revoluci v roce 1989 se postupně měnil přístup k osobám s postižením a rovněž i k rehabilitaci, tudíž i na metody používané v ergoterapii byly kladeny stále větší důrazy.

V roce 1994 vznikla Česká asociace ergoterapeutů, která má za úkol informovat veřejnost o rozvoji ergoterapie a jejím přínosu pro společnost.

O typech jednotlivých školských zařízení, ve kterých se dá obor ergoterapie studovat, bude referováno v jedné z následujících kapitol – „Výuka a možnost uplatnění ergoterapeuta“.

2.1.1 Česká asociace ergoterapeutů

„Česká asociace ergoterapeutů (ČAE) je dobrovolnou profesní organizací ergoterapeutů České republiky. Byla založena v roce 1994 v Ostravě a je registrována Ministerstvem vnitra ČR jako nezisková organizace pod číslem II/s- OS/1-26 011/94-R. ČAE je aktivním členem Světové federace ergoterapeutů (WFOT) a Rady ergoterapeutů evropských zemí (COTEC).

Úkolem ČAE je hájit profesní práva a zájmy kvalifikovaných ergoterapeutů, podílet se na rozvoji oboru ergoterapie v České republice a informovat širokou veřejnost o přínosu a uplatnění ergoterapie v rámci komplexní rehabilitace osob každého věku s různým zdravotním postižením v rámci zdravotnických a sociálních služeb.

Jedním z důležitých cílů ČAE je napomáhat k dosažení úrovně vzdělávání v odbornosti ergoterapeutů v České republice, která by odpovídala Minimálním standardům vzdělávání Světové federace ergoterapeutů a přispět ke zvýšení standardu ergoterapeutických služeb prostřednictvím vzdělávacích aktivit celoživotního vzdělávání.

Sídlo organizace: Klinika rehabilitačního lékařství, Albertov 7, 128 00 Praha 2 „⁷

Je velice dobře, že byla v ČR taková organizace založena. Je však škoda, že se více nezasazuje o to, aby se ergoterapie dostala do povědomí občanů ČR např. publikační činností, která je, dle mého názoru, stále nedostačující.

⁷ <http://www.ergoterapie.org/modules.php?name=informace> – ze dne 26. 7. 2007

2.2 Vývoj ergoterapie v Německu

Na podnět a s podporou britského Červeného kříže vzniklo v Bad Pyrmontu roku 1947 rehabilitační centrum podle anglického vzoru. V dubnu 1947 zde potom začal první kurs „pracovní terapie“.

V Německu byla vyvinuta velká snaha, aby se tzv. „Beschäftigungstherapie“ – pracovní terapie stala jedním ze samostatných povolání. Z tohoto důvodu je v historii německé ergoterapie velice významný rok 1950, kdy bylo založeno „Die AG der Beschäftigungstherapeuten“ – Společenství pro podporu pracovních terapeutů, jehož cílem bylo státní uznání, zaručení dalšího vzdělávání v oboru a vytvoření platových předpisů. Z tohoto společenství poté vznikla v roce 1954 v Hannoveru „Verband staatlich anerkannter Beschäftigungstherapeuten“ – Asociace státně uznávaných pracovních terapeutů.

V prosinci roku 1961 vyšlo první číslo odborného časopisu o ergoterapii – „Beschäftigungstherapie und Rehabilitation“ – Pracovní terapie a rehabilitace, od roku 2003 vycházejí i další odborné časopisy – „Ergotherapie & Rehabilitation“ – Ergoterapie & Rehabilitace, „Praxis Ergotherapie“ – Ergoterapeutická praxe a „Ergotherapie-Zeitschrift für angewandte Wissenschaft“ – Ergoterapeutický časopis pro aplikovanou vědu.

Poté, co byla dokončena jednání, která se vedla od roku 1965, ohledně ukotvení práce ergoterapeuta do zákona, začala v roce 1971 nová projednávání týkající se tarifů. V roce 1980 poté došlo k prvnímu uzavření smlouvy se spolkem „Angestelltenkrankenkassen – zaměstnaneckých pojišťoven“. Ergoterapeutické úkony byly tedy propláceny ze strany pojišťoven.

Od roku 1947, kdy začal v Bad Pyrmontu první kurs „pracovní terapie“, se toho v oblasti vzdělávání ergoterapeutů mnoho změnilo. Nejdříve v Německu probíhalo vzdělávání na bázi několikaměsíčních kurzů. Od roku 1967 do roku 1980 existovalo dvouleté studium, přičemž od roku 1974 probíhalo studium na odborných lékařských školách. Od 1. 9. 1998 je v Německu možnost studovat ergoterapii na vysoké škole.

Od 1. 1. 1999 se začalo oficiálně používat označení ergoterapie a ergoterapeut. 1. 6. 2003 byla udělena první profesura v Německu v oblasti ergoterapie a to Dr. Andreasu Fischerovi na vysoké škole v Osnabrückeru.⁸

Obecně by se tedy dalo říci, že ergoterapie v ČR probíhala nejdříve jako součást léčby, až později se vyčlenila a stala se součástí sekundární rehabilitace. U nás klienti pracovali dlouhou dobu s ergoterapeutem, dalo by se říci, aniž by o tom věděli, jednoduše v rámci léčby. Teprve v posledních zhruba deseti letech se v ČR začalo pracovat na tom, aby byla ergoterapie skutečnou součástí rehabilitace – došlo k ukotvení ergoterapie v zákonech, lépe funguje i práce s pojišťovny v rámci proplácení jednotlivých ergoterapeutických úkonů. Snad by se tedy dalo říci, že jsme příkladem rozvoje ergoterapie „od praxe k teorii“. Nejdříve u nás ergoterapie probíhala prakticky v léčebnách a ústavech. Až relativně dlouhou dobu poté byla vyvíjena snaha, aby se ergoterapie stala samostatným zaměstnáním a byla ukotvena v zákonech. Dalším důkazem postupu od praxe k teorii je i vznik ergoterapie jakožto oboru, který je možno studovat na vysoké škole teprve od roku 1994, přestože se lze v literatuře dočíst, jak již bylo řečeno v kapitole o vývoji ergoterapie v ČR, že již od r. 1913 byla ergoterapie zaváděna prof. MUDr. R. Jedličkou v jeho známém ústavu v Praze, kde se léčily postižené děti.

V Německu byl vývoj odlišný. Ergoterapie samozřejmě také pronikala nejdříve do nejrůznějších ústavů a léčeben prakticky bez ukotvení např. v zákonech. Toto „ukotvení“ ale začalo probíhat velice záhy. Obecně by se tedy dalo říci, že se ergoterapie ukotvila v systému v Německu ve smyslu „teorie se vyvíjela (téměř) paralelně s praxí“. Jako teorii označují to, že v Německu byla již zhruba od poloviny minulého století vynaložena velická snaha, aby byla tzv. „pracovní terapie“ uznána jako samostatné povolání. Již v roce 1950 vzniklo „Die AG der Beschäftigungstherapeuten“ – Společenství pro podporu pracovních terapeutů, zatímco u nás se vznik ČAE datuje k roku 1994. Na těchto pevných základech poté ergoterapie nadále pronikala do praxe.

⁸ Informace získány a přeloženy z knihy: **MIESSEN, M. a kol. německých autorů.: *Berufsprofil Ergotherapie.*** Idstein: DOVE 2004 – str. 37

3 Cíle a prostředky ergoterapie

3.1 Cíle ergoterapeutické léčby

Tři základní cíle ergoterapie jsou:

- enabling = zmocnění/ umožnění,
- empowering = zplnomocnění/ posílení,
- enhancing = zvýšení/ zlepšení.

„Hlavním posláním ergoterapie je umožnit osobám zachovat si maximální soběstačnost v běžných denních činnostech (z anglického originálu Activities of Daily Living, ADL), pracovních činnostech a aktivitách volného času. Primárním zájmem ergoterapie je umožnit osobě provádět činnosti, které považuje za důležité a potřebné pro její život, a přispět tak k zachování odpovídající kvality života a k plnému zapojení do společnosti. Návčik činností, v kterých je osoba z důvodu onemocnění, úrazu, vývojové vady či procesu stárnutí limitována, probíhá v reálných situacích a pokud to je možné i v jejím vlastním prostředí. Ergoterapeut pomáhá řešit praktické otázky související se snížením či ztrátou soběstačnosti v činnostech, které jsou pro člověka nepostradatelné.“⁹

Ergoterapie obsahuje rovněž poradenskou činnost, která je orientována na klienta, ale i na jeho rodinné příslušníky. Zabývá se i sestavením a adaptací vhodných kompenzačních pomůcek podle individuálních potřeb klienta. Cílem ergoterapeutické intervence je docílit prací v interdisciplinárním týmu zlepšení funkčního poškození klienta, zabránit progresi stávajícího stavu a vzniku sekundárního poškození.

3.2 Prostředky ergoterapeutické léčby

Ergoterapie se snaží pomoci klientovi nejen po stránce fyzické, ale i psychické. Dalo by se říci, že „hlavním terapeutickým prostředkem v ergoterapii je smysluplná činnost či zaměstnání, které pomáhají k obnově postižených funkcí. Zvolené činnosti zohledňují osobní, sociální, kulturní a ekonomické potřeby osoby, její aktuální funkční stav, věk, pohlaví a také

⁹ <http://www.ergoterapie.org/modules.php?name=informace> – ze dne 3. 8. 2007

podmínky prostředí, ve kterém se nachází. Výběr činností, které se využívají jako terapeutický prostředek, musí odrážet tyto skutečnosti a musí se vztahovat k sociálním rolím, které osoba zastává nebo se od ní očekávají.“¹⁰

Vzhledem k tomu, jak široce se snaží ergoterapie klientovi pomoci, lze podle Marcely Lippertové-Grünerové její působení rozdělit do čtyř základních oblastí:

- **senzomotorická funkční terapie** – do této oblasti můžeme zařadit terapii hemiplegie, která je vykonávána podle metody manželů Bobathových či Affolterovy metody, trénink jemné a hrubé motoriky, trénink koordinace, trénink grafomotoriky, zabezpečení a individuální adaptace pomůcek,
- **trénink kognitivních funkcí** – koncentrace, pozornost, psychomotorické tempo, vytrvalost při zátěži a paměť,
- **trénink soběstačnosti v denním životě** – osobní hygiena, oblékání, jídlo a pití, činnosti v domácnosti, trénink orientace,
- **trénink v domácím prostředí** – návštěva vlastní domácnosti v doprovodu terapeuta, poradenství při plánování případné přestavby domácnosti.

Aktivita denního života lze z hlediska ergoterapie rozdělit na tzv. **personální**, (pADL) mezi něž se řadí: přesuny, osobní hygiena, koupání, sebesycení, oblékání, toaleta, a **instrumentální** (iADL), tedy: vaření, domácí práce, transport, nakupování, příjem léků, funkční komunikace, péče o druhé, vedení domácnosti.

Výše uvedeným oblastem terapie bude věnována větší pozornost v praktické části práce, kde bude přesně na příkladech konkrétních klientů ukázáno, jak se tyto metody provádějí.

Důležitým prostředkem ergoterapeutické léčby je rovněž diagnostika a pečlivé vedení záznamů o průběhu léčby jednotlivých klientů. Při jakékoli práci s klientem terapeut respektuje autonomii a individualitu, právo na rozhodování klienta, respektuje jej jako partnera při plánování cílů terapie (client-centred practice).

¹⁰ <http://www.ergoterapie.org/modules.php?name=informace> – ze dne 3. 8. 2007

Dle České asociace ergoterapeutů jsou prostředky ergoterapie následující:

- **diagnostické:** odhalit na základě postižení nebo nemoci u klienta případnou disabilitu či riziko vzniku handicapu pomocí analýzy zbylých funkčních schopností v oblastech mobility, všedních denních činností (ADL) personálních i instrumentálních, funkčního vyšetření horních a dolních končetin, vyšetření kognitivních a smyslových funkcí, zjištění zbylého pracovního potenciálu a potřeby kompenzačních pomůcek,
- **terapeutické:** na základě ergoterapeutického hodnocení spolu s klientem stanovit cíle ergoterapeutického plánu, které směřují k zachování či zlepšení soběstačnosti, pracovních činností a aktivit volného času a rekreace a v zastávání potřebných sociálních rolí. Ergoterapie se proto podílí v rámci ucelené rehabilitace i na důležité složce psychologicko-pedagogické a sociální,
- **preventivní:** přispět pomocí cíleného terapeutického plánu a výběrem správných metod a technik k prevenci vzniku disability a handicapu.

Ergoterapie se snaží motivovat klienta k vyšším výkonům, zároveň je velice flexibilní. Pokud ergoterapeut zpozoruje, že klient tyto stále těžší úkoly nezvládá a možno ho i demotivují, změní činnost. Někdy se klientovi může zdát, že je např. v plnění nově zadaných úkolů pomalý. Je tedy na ergoterapeutovi, aby klienta povzbudil a vysvětlil mu, že opouští jednodušší formu cvičení ne proto, že by chtěl klienta demotivovat či mu ukazovat, co ještě nezvládne, ale právě proto, že klient již určitou úroveň zadaných úkolů zvládá, a proto je tedy velice dobře, že společně mohou v terapii přejít opět o kus dále. Tato motivace či neustálé reflektování psychického stavu klienta je při ergoterapeutické práci velice důležité. Ergoterapeut tedy svému klientovi nemá sdělovat, co neumí, ale naopak, co vše se může vzhledem ke svému zdravotnímu stavu naučit.

4 Osobnost ergoterapeuta

Ergoterapeut v ČR je dle Zákona č. 96/2004 Sb.:

- absolvent akreditovaného bakalářského studijního oboru pro přípravu ergoterapeutů,
- absolvent tříletého studia oboru diplomovaný ergoterapeut na vyšší zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2004/2005,
- absolvent střední zdravotnické školy v oboru ergoterapeut, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1998/1999,
- absolvent pomaturitního specializačního studia léčba prací, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.

ČAE vydala „Etický kodex ergoterapeuta“, který upřesňuje kompetence ergoterapeuta (viz Příloha B) a „Standardy praxe ČAE“ (viz Příloha C). Tyto standardy jsou převzaty od Rady ergoterapeutů evropských zemí (COTEC) z roku 1996. Z toho vyplývá, že i v Německu jsou tyto standardy praxe ergoterapeuta stejné.

4.1 Výuka ergoterapie v ČR

a) Systém pregraduálního vzdělávání ergoterapeutů

V současné době se v ČR obor diplomovaný ergoterapeut studuje formou denního studia na 3 vyšších zdravotnických školách – v Mostě, Ostravě a Teplicích. Délka studia jsou tři roky. Studium je zakončeno absolutoriem a obhájením absolventské práce. Student získá diplom v oboru ergoterapie. Jeho kompetence však nejsou tak rozsáhlé jako kompetence ergoterapeuta, který získal bakalářský diplom.

b) Systém postgraduálního studia ergoterapie

Vysokoškolské studium ergoterapie na univerzitní úrovni ve formě bakalářského studia probíhá na 1. Lékařské fakultě UK. Výuka ergoterapeutů byla zahájena v roce 1994 a první absolventi promovali v roce 1997. Forma studia je pouze denní. Studium končí státní závěrečnou zkouškou a obhájením bakalářské práce, student získá titul bakalář.

Již tři roky probíhá rovněž výuka na Univerzitě Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem. Studium končí státní závěrečnou zkouškou a obhájením bakalářské práce, student získá titul bakalář.

Od roku 2001 probíhá další bakalářské studium ergoterapie na soukromé škole v Plzni, které se však neotevívá každý akademický rok.

V ČR zatím však neexistuje magisterské studium ergoterapie, o vytvoření se uvažuje na 1. Lékařské fakultě UK. Pro rovnoprávné postavení ergoterapie v ČR a ostatních státech EU je však vznik magisterského studia oboru ergoterapie nezbytně nutný.

Situace, kdy vedle sebe existují diplomovaní specialisté a bakaláři v oboru ergoterapie není do budoucna únosná, a proto se ČAE snaží, aby byla tato studia zrovnoprávněna. Navrhují model, kdy by bylo vytvořeno roční „Specializační studium v aplikované ergoterapii“, díky němuž by bylo docíleno stejné odborné úrovně diplomovaných specialistů a studentů bakalářského studia.

Obecně je možné konstatovat, že v zemích EU, kde je počet ergoterapeutů vzhledem k počtu obyvatel mnohem vyšší, je stav v ČR zatím ještě poddimenzovaný.

c) Celoživotní vzdělávání ergoterapeutů

Aby mohl vysokoškolsky vzdělaný ergoterapeut po ukončení svého studia samostatně pracovat, musí si podat žádost o registraci. Vyřízení této registrace někdy trvá až 1,5 roku. Poté, co je zaregistrován, může samostatně pracovat a tudíž vykazovat ergoterapeutické výkony na své jméno.

Ergoterapeut se musí i po dosažení svého vysokoškolského vzdělání nadále vzdělávat. Vzdělávací semináře jsou různě akreditované, ergoterapeut by měl do doby 5ti let nasbírat 40 kreditů (za aktivní účast na semináři je možné získat např. 3 kredity). Pokud tak neučiní, bude ze svého oboru přezkoušen. Tento kreditní systém upravuje vyhláška č. 423/2004 Sb (viz dále kapitola 5.1 Zákony vymezující obor ergoterapie v ČR).

4.2 Výuka ergoterapie v Německu

V Německu se podařilo díky vhodné legislativě sjednotit ergoterapeutické vzdělání včetně osnov a předpisu zkoušek ve všech spolkových zemích. Ergoterapie se zde studuje tři roky. Právní úprava však dovoluje jednotlivým územním celkům drobné úpravy, kterých využili např. Bavorsko, Hamburk, Hessensko, atd.

Právní spolková úprava reguluje výuku ergoterapie, co se týká vyučujících oborů se stejnou dotací hodin, co se týká praxe a předepsaných úkolů pro státní zkoušku.

Ergoterapeutické školy mají status buď „Berufsfachschule (BFS)“ nebo „Fachschule“, které mají stejnou organizaci jako „BFS“. (v rámci českého školského systému je lze, přirovnat k „VOŠkám“, které by však měly stejný statut jako VŠ.) Tyto školy jsou z 88% soukromé, zbytek jsou školy státní.

Do roku 1977 vzniklo v západním Německu 10 ergoterapeutických škol, v roce 1983 existuje již 27 škol a do konce roku 1989 se vyšplhal počet ergoterapeutických škol v západní části Německa na číslo 43. Ve stejný čas vznikly i 3 školy v bývalé NDR. K datu 1.1. 2004 bylo evidováno v německém registru škol 171 ergoterapeutických škol.¹¹

V Německu je ergoterapie, jak již bylo řečeno, v porovnání s ČR nejen v systému školství, ale i v legislativním aparátu mnohem lépe ukotvena. Ergoterapeut v Německu má i mnohem vyšší společenské postavení, je lépe finančně ohodnocen. Zatímco např. v našich lékařských zařízeních je počet ergoterapeutů nízký a zdaleka neodpovídá např. počtu fyzioterapeutů, v Německu si tyto dvě profese velice konkurují a je na ně pohlíženo stejně.

4.3 Možnost uplatnění ergoterapeuta v jednotlivých pracovních oblastech

a) Zdravotnická zařízení, nemocnice

V těchto zařízeních pracují ergoterapeuti převážně s klienty neurologickými, ortopedickými, s klienty, kteří jsou ve stavu po úrazech a rozsáhlých operacích, s klienty s revmatologickým nebo interním onemocněním.

¹¹ Informace získány a přeloženy z knihy: **MIESEN, M. a kol. německých autorů.: Berufsprüfung Ergotherapie.** Idstein: DOVE 2004 – str.65-69

V rámci léčebné rehabilitace se uplatňují ergoterapeuti v akutním a postakutním období hospitalizace a ve spolupráci s fyzioterapeuty pomáhají klientům dosáhnout maximální možné úrovně soběstačnosti, zlepšit omezené schopnosti a využít vlastních zdrojů. Terapie se provádí jak individuálně, tak i skupinově dle aktuálního stavu klienta.

b) Rehabilitační ústavy a stacionáře

Klienti přicházejí především z oblasti neurologie, ortopedie, traumatologie a interny. Ergoterapeut se snaží: pokračovat v sekundární prevenci u osob, kde došlo ke změně kvality života v důsledku úrazu či onemocnění, dosáhnout maximální soběstačnosti a nezávislosti klientů v provádění denních činností, zjistit pracovní potenciál a možnosti pracovního uplatnění u osob v produktivním věku, zabránit vzniku sociálního handicapu, vybavit klienta vhodnými kompenzačními pomůckami, popřípadě navrhnout úpravu bytu či pracovního místa.

c) Léčebny pro dlouhodobě nemocné, nemocnice následné péče

Ergoterapeut má za úkol pracovat se seniory, zdravotně postiženými a chronicky nemocnými klienty.

Ergoterapie pokračuje v léčebné rehabilitaci - zlepšení funkční úrovně klientů, snaha zlepšit a koordinovat chůzi, celkovou mobilitu, aktivizovat klienty, podpořit zachované schopnosti s cílem přípravy na návrat klienta do domácího prostředí, dosáhnout maximálně možné soběstačnosti, doporučit vhodnou asistenci a kompenzační pomůcky. Provádí se kondiční terapie, skupinové aktivity na podporu aktivizace klientů, prohloubení zájmů o okolí a svou osobu, sociálních vztahů, komunikace, psychické pohody a kognitivních funkcí.

d) Ústavy sociální péče pro děti a dospělé

Zde ergoterapeut pracuje s dětmi i dospělými s fyzickým, sluchovým, zrakovým, řečovým, psychickým i kombinovaným postiženým či mentální retardací.

Cílem ergoterapie v těchto ústavech je ve spolupráci s pracovníky z dalších sociálních či zdravotnických profesí podpořit možnosti klienta fungovat ve svém prostředí, dosáhnout základní sebeobsluhy, doporučit vhodnou asistenci, která odpovídá jeho funkčním schopnostem, prohloubit zájmy, sociální interakci, povědomí o sobě i okolním světě, zapojení do společenského života, praktického života a podle možností i pracovního procesu.

e) Denní stacionáře pro dospělé a seniory, domovy seniorů

Ergoterapeutickým úkolem je přispět k tomu, aby osoba, která již není schopna samostatného bydlení, nemusela být umístěna do trvalého zařízení. Pokud k této situaci dojde, podporuje ergoterapeut své klienty psychicky, snaží se, aby si klient zachoval povědomí o své osobě, své historii, čase a místě, o tom, kde se nachází. Umožní prožít klientovi další emoční zážitky, prohlubuje jeho zájem o současné dění.

f) Speciální školy

Ergoterapeut spolupracuje s dětmi a mladistvými s psychickým, fyzickým, smyslovým, řečovým či kombinovaným postižením. Spolupracuje se speciálními pedagogy i ostatními členy týmu a rodinou ve snaze podporovat všestranný rozvoj dítěte. Cílem je zlepšovat psychickou i fyzickou kondici klienta.

g) Ergoterapeut v „home care“ službách

V těchto případech jsou zaměstnavateli ergoterapeutů pečovatelské služby města, home care agentury, občanská sdružení, církevní či jiné neziskové organizace.

Místem výkonu práce je především byt klienta, chráněné bydlení a dílny, popř. pracovní místo, škola, veřejné budovy, soukromé ordinace ergoterapeutů apod.

Ergoterapeut pomáhá zdokonalovat soběstačnost klienta a jeho fungování v domácím prostředí. Zároveň spolupracuje s dalšími sociálními službami, se kterými se snaží zlepšit celkovou kvalitu klientova života.

h) Léčebny a stacionáře pro psychiatrické klienty

Ergoterapeut úzce spolupracuje s odpovědným lékařem klienta, se kterým společně sestavují plán terapie.

Úkolem ergoterapeuta v těchto zařízeních je snaha odpoutat klienta od jeho psychických problémů za pomoci nejrůznějších aktivit.

i) Vzdělávací instituce pro přípravu studentů ergoterapie

Vysokoškolsky vzdělání ergoterapeuti, kteří mají za sebou i několik let působení v praxi se snaží své zkušenosti předat studentům a společně se tak podílejí na rozvoji oboru ergoterapie.¹²

Ve výše uvedených oblastech, ve kterých ergoterapeut může působit, je vždy velice důležitá spolupráce ergoterapeuta s rodinou, jež může být při terapii velice nápomocná.

Poměr používaných metod ergoterapie se v jednotlivých pracovních oblastech může lišit. Např. ve zdravotnických zařízeních bude kladena větší pozornost např. na masáže ruky či Bobathův koncept, zatímco v psychiatrických léčebnách bude práce ergoterapeuta s klientem zaměřena např. na výtvarné techniky. V každém zařízení je potřeba vybrat pro práci s klientem právě ty metody ergoterapie, které budou pro zlepšení zdravotního stavu klientů ty nejefektivnější.

¹² Informace získány z přednášek 1. LF UK– Spec. ve zdravotnictví – obor Ergoterapie.: *Profesní profil ergoterapeuta.*

5 Některé zákony vymezující obor ergoterapie

5.1 Zákony vymezující obor ergoterapie v ČR

Úplné znění některých zákonů a vyhlášek, které vymezují obor ergoterapie v ČR (viz Příloha D).

Zákon č. 96/ 2004 Sb.

Odbornou způsobilost k výkonu povolání ergoterapeuta vymezuje § 7, zákona č. 96/ 2004 Sb. Zákon, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Zákonu byla částečně věnována pozornost i v předešlé kapitole, dle tohoto znění bylo definováno, kdo je v ČR ergoterapeut.

Zákon je doplněn **vyhláškou č. 39/2005 Sb.** ze dne 11.1. 2005, která stanovuje minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. Jsou zde přesně uvedeny předměty a semináře, které musí ergoterapeut v době svého studia navštěvovat.

Vyhláška č. 424/ 2004 Sb.

Souhrnný přehled činností ergoterapeuta upravuje § 6, vyhlášky č. 424/ 2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Jsou zde uvedeny veškeré povinnosti, které ergoterapeut vykonává v průběhu své intervence. Vzhledem k ostatním, nejen právním dokumentům, týkajícím se ergoterapie, které byly až doposud v této práci uváděny, (např. Standardy, Etický kodex ergoterapeuta, aj.) se tento zákon zmiňuje ještě o ergonomii – oboru, jehož cílem je vytvořit takové pracovní podmínky, aby nedocházelo k nepřiměřené pracovní zátěži, např. svalově kosterního aparátu.

Vyhláška č. 423/ 2004 Sb.

Vyhláška, kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků.

Vyhláška vymezuje termíny např. inovační kurz, odborná stáž... a říká, kolik kreditů může ergoterapeut po absolvování jednotlivého semináře získat.

Zákon o ochraně osobních údajů, **předpis č. 525/2004 Sb.**, určuje povinnosti pro ergoterapeuta o uchování osobních informací o klientovi a zároveň zajišťuje práva osobám, o kterých jsou takové informace vedeny.

V současné době vzhledem k přizpůsobení legislativy EU probíhá úprava některých zákonů na Ministerstvu zdravotnictví a v parlamentu.

5.2 Zákony vymezující obor ergoterapie v Německu

Zákony, které vymezují ergoterapeutické vzdělání a výkon praxe v Německu, jsou na spolkové rovině. Pravidla, která se týkají ergoterapeutické péče o klienty, jsou ukotveny v rámci sociálních zákonů.

Zákon, který vymezuje povolání ergoterapeut v Německu, se nazývá „Das Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten“ – Zákon o zaměstnání ergoterapeutek a ergoterapeutů ze dne 16. 7. 1998. Předchůdce tohoto zákona, který reguloval vzdělání k oboru ergoterapie, byl zákon „Das Gesetz über den Beruf des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten“ – Zákon o zaměstnání zaměstnaneckých a pracovních terapeutů ze dne 25. 5. 1976. Již zmíněný zákon z roku 1998 mění název „pracovní terapie“ na ergoterapii, tato změna vstupuje v platnost od 1. 1. 1999.

Práva a povinnosti ergoterapeutů vykonávajících svoji praxi kdekoli v Německu poté vymezuje „Bürgerliches Gesetzbuch“ – Občanský zákoník.¹³

Přehled jednotlivých částí zákona, které vymezují obor ergoterapie v Německu (viz Příloha E).

Tato část práce měla především ukázat a částečně se vrátit k tomu, co již bylo řečeno v kapitole o Vývoji ergoterapie v Německu a v ČR. Tedy to, že ergoterapie v Německu je ukotvena v zákonech již od 70. let 20. století, zatímco v zákonech ČR je spíše novodobou záležitostí.

¹³ Informace získány a přeloženy z knihy: **MIESEN, M. a kol. německých autorů.: *Berufsprofil Ergotherapie*.** Idstein: DOVE 2004 – str. 53-63

6 Ergoterapie v ČR – seznam zdravotních výkonů

Seznam, vydávaný Ministerstvem zdravotnictví ČR, je stěžejní pro komunikaci lékařských pracovníků s pojišťovnami. Rozepisuje a stanovuje bodové ohodnocení jednotlivých výkonů, které jsou následně dle přesně stanovených pravidel pojišťovnami propláceny.

Seznam zdravotních výkonů pro obor ergoterapie společně s vysvětlením základních pojmů použitých v tomto seznamu (viz Příloha F).

Seznam zdravotních výkonů byl naposledy aktualizován vyhláškou „Vyhláška 620/2006 Sb.“, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

V tomto seznamu pod názvem „Kapitola 917 – ergoterapeut“ je rozepsáno 7 výkonů prováděných ergoterapeutem, u nichž bodové ohodnocení nezávisí na imobilitě klienta. Před dvěma roky disponoval seznam pro obor ergoterapie pouze dvěma body – a to výkon č. 21621 („Individuální ergoterapie základní“) a č. 21627 („Ergoterapie skupinová základní“). Aktuální rozšířený seznam tak umožňuje větší flexibilitu pro ergoterapeuta.

Hodnota bodu uvedená u každého výkonu se liší podle pracoviště (je rozdíl např. mezi ambulantními lékaři, kde je hodnota bodu 1,05 Kč, a nemocnicemi – FN Motol – hodnota bodu 0,85 Kč). Pokud tedy počet bodů k jednotlivým výkonům vynásobíme hodnotou bodu daného pracoviště, získáme částku, kterou vyplatí pojišťovna ergoterapeutovi za tento výkon.

V praxi to vypadá tak, že v průběhu či na konci pracovního dne má ergoterapeut vyčleněný čas, kdy sepíše do karty klientů – části věnované ergoterapeutickým záznamům, jakou terapii a kolikrát s daným klientem dělal. Veškeré údaje se poté vykazují u každého klienta za každý měsíc zvlášť.

O záznamech do ergoterapeutických karet bude podrobněji pojednáno v praktické části práce.

7 Vztah rehabilitace a ergoterapie

„Rehabilitace je obnova optimálního nezávislého a plnohodnotného tělesného a duševního života osob po úrazu, nemoci, nebo zmírnění trvalých následků nemoci nebo úrazu pro život a práci člověka. Úkolem a cílem rehabilitace je aktivizace občanů, kteří jsou krátkodobě, dlouhodobě či trvale tělesně, smyslově nebo psychicky postiženi, kteří nemohou sami toto zdravotní postižení nebo jeho následky překonat, popřípadě jim takové postižení hrozí a potřebují pomoc odborného prostředí.“¹⁴

Rehabilitace prodělává v průběhu času změny podle toho, jak se modifikují obory, se kterými spolupracuje. Stejně tak, jako se vyvíjí sama rehabilitace, mění se i názory společnosti na ni. Odborná společnost si již uvědomuje, že rehabilitace by měla být nedílnou součástí zdravotně – sociální politiky každé vyspělé společnosti.

V nemocnici provedou lékaři klientovi zákrok, který jeho zdravotní stav vyžaduje, klient prodělá tzv. pooperační stav a v tuto chvíli by již měla u všech klientů nastoupit rehabilitace. Primární vždy zůstanou léčebné prostředky, sekundárně by na ně ale měly plynule navazovat i další typy léčby. Rehabilitace klientovi ukáže např. jaké pohyby dělat, jaké nikoli – jednoduše to, jak se po zákroku ke svému tělu chovat.

Mnoho lidí si ještě dnes pod pojmem rehabilitace představí „cvičení“, v dnešní době převážně fyzioterapii. Ale tak tomu není. Rehabilitace je komplexní péčí, která má aktivizovat člověka a má se snažit obnovit fyzický i psychický stav klienta před úrazem či nemocí. Tuto snahu vyvíjí několik složek rehabilitace, mezi něž můžeme řadit:

- fyzioterapii,
- ergoterapii,
- logopedii,
- neuropsychologii,
- muzikoterapii,
- arteterapii,
- činnost sociálního pracovníka.

¹⁴ LIPPERTOVÁ-GRŮNEROVÁ, M.: *Neurorehabilitace*. Praha: Galen 2005 – str. 91

Tyto složky by se měly vzájemně doplňovat, měly by na klienta působit v důsledku jeho zdravotního stavu. Měly by si být rovnocenné, protože každá plní svůj úkol v celkové rehabilitaci klienta. Každý jednotlivý fyzioterapeut, ergoterapeut či logoped by se ke stavu klienta měl v průběhu jeho léčby vyjadřovat a informovat ošetřujícího lékaře o zhoršení či zlepšení stavu.

Dalo by se tedy říci, že rehabilitace je nadřazeným pojmem a ergoterapie je její nedílnou součástí.

PRAKTICKÁ ČÁST

V této části práce se chci věnovat především mým praktickým zkušenostem z oboru ergoterapie, které jsem nabyla na absolvovaných praxích.

Jedná se tedy o půlroční praxi v Německu na Krajské klinice v Regensburgu, kde jsem působila na Klinice neurologické rehabilitace. Jako ergoterapeut pod záštitou programu FSJ („Freiwilliges Soziales Jahr“) jsem byla kompetentní ke stanici „24 C – Weiterführende II“, Stanice následné rehabilitace II. Byli zde především klienti s neurologickými obtížemi, ale i klienti po operacích či úrazech mozku a míchy. Zkušenosti, které jsem zde nabyla, chci porovnat s praxí v ČR.

Jako studentka Husitské teologické fakulty UK, oboru Sociální pedagogika, jsem žádala Klinikou rehabilitace FN Motol o možnost praxe. Bylo mi vyhověno, tudíž jsem zde strávila 3 týdny po boku dvou vysokoškolsky vzdělaných ergoterapeutek. Pracovala jsem na dospělé části FN Motol, především na Spinální jednotce a Lůžkové části rehabilitace. Na odděleních leželi klienti po ortopedických operacích, s neurologickými obtížemi a klienti po úrazech páteře.

Svým charakterem se obě zařízení velice podobají. Ve své kompetenci jsem měla klienty s podobnými obtížemi. Právě na základě těchto skutečností chci obě praxe porovnat.

Jako doklad o absolvování praxe na Krajské klinice v Regensburgu přikládám kopii „Dienstleistungszeugnis“ - Pracovní osvědčení a překlad tohoto pracovního osvědčení do češtiny (viz Příloha G).

Jako doklad o absolvování praxe ve FN Motol v Praze přikládám kopii „Kontraktu mezi subjekty odborné praxe“ a kopii „Hodnocení studenta organizací praxe“ (viz Příloha H).

8 Krajská klinika v Regensburgu – charakteristika, struktura

Historie

Počátky péče na Krajské klinice v Regensburgu sahají až do roku 997, kdy zde byl biskupem Gebhardem založen benediktinský klášter. Benediktýni se ujali ošetřování chudých, nemocných a cizinců. Kolem roku 1500 však byli benediktýnští mniši tak zadluženi, že zařízení získali kartuziáni. Během sekularizace byl pak klášter prodán v dražbě. Roku 1852 zde vznikl ústav pro choromyslné. V následujícím desetiletí se zařízení stále rozšiřovalo.

V době nacismu se celý vývoj psychiatrie v Německu pozastavil. Od roku 1960 začala na tomto místě spadajícím, pod kraj „Oberpfalz“, velká výstavba nemocničního zařízení, které pojalo více než 1500 pacientů. Díky moderním pečovatelským technikám zde mohlo být rehabilitováno mnoho psychicky nemocných klientů. Postupně se počet lůžek snížil na 900.

Současnost

V současné době je Krajská klinika v Regensburgu více rozčleněna, má stále veliký počet lůžek pro psychicky nemocné klienty, zároveň byly ale otevřeny nové budovy např. pro neurologii, pečovatelskou činnost či pro závislé. Je zde zaměstnáno přes 1200 zaměstnanců, přičemž na pečovatelských pozicích zhruba 600 osob. Při klinice probíhá i studium pro zdravotní sestry, které ročně dokončí zhruba 50 studentů.

Výčet jednotlivých klinik komplexu:

- Klinika a poliklinika pro psychiatrii,
- Klinika pro psychiatrii dětí a mládeže,
- Klinika a poliklinika pro neurologii,
- Klinika pro neurologickou rehabilitaci,
- Klinika pro soudní psychiatrii a psychoterapii,
- Institut pro neuroradiologii,
- Dům s pečovatelskou službou kraje „Oberpfalz“.

Struktura organizace jednotlivých oddělení na BKH Regensburg (viz Příloha I).

8.1 Klinika pro neurologickou rehabilitaci

Tato klinika, která byla slavnostně otevřena dne 4. 6. 1997, tvoří jen část z komplexu Krajské kliniky v Regensburgu. Její kapacita je 100 lůžek a 20 ambulantních míst. Jsou zde převážně klienti po mozkové příhodě a klienti po úrazech, u kterých došlo k poškození mozku či míchy.

Cílem léčby je snaha o obnovu funkcí, jejichž činnost byla důsledkem poškození mozku či míchy narušena. Důraz je kladen na získání co nejvíce možné samostatnosti klienta (rovněž s pomocí kompenzačních pomůcek) z toho důvodu, aby se klient mohl navrátit do svého sociálního prostředí s co nejmenšími obtížemi.

Výčet jednotlivých stanic na Klinice pro neurologickou rehabilitaci:

- pečovatelský dům Kliniky pro neurologickou rehabilitaci – stanice pro klienty v komatu,
- stanice intenzivní péče,
- stanice včasné rehabilitace,
- stanice následné rehabilitace I,
- stanice následné rehabilitace II,
- ambulantní stanice.

Celý komplex je bezbariérový. Pokoje jsou zde většinou dvou až tří lůžkové s vlastním sociálním zařízením a koupelnou. Každá stanice má svoji společenskou místnost pro klienty, která zároveň slouží i jako jídelna. Celý areál Krajské kliniky je obklopen zelení a slouží pro potřeby klientů a jejich příbuzných, kteří ho hojně využívají.

Péče o klienta

Chod celého komplexu Kliniky pro neurologickou rehabilitaci je velice flexibilní, klient je přemísťován na jednotlivé stanice dle aktuálního zdravotního stavu tak, aby poskytovaná péče byla co nejvíce odpovídající potřebám klienta a zároveň aby byl v prostředí klientů s podobnými obtížemi.

Chod každé ze stanic zajišťuje zdravotnický personál složený z: lékařů, zdravotních sester, civilní služby a FSJ (účastníci programu „Freiwilliges Soziales Jahr“) a samozřejmě technický personál. S klientem po celou dobu jeho hospitalizace rehabilitují terapeuti, o kterých bude pojednáno později.

Každé ráno přijde za klientem buď zdravotní sestra nebo terapeut, kteří mu pomohou s ranní hygienou a pokud tak zdravotní stav klienta umožní, odvezou či odvedou ho do jídelny na snídani. Většina klientů zde zůstává a dle plánu terapií, který má každý klient u sebe, čekají na jednotlivé terapie. Péče o klienta v rámci Pečovatelského domu Kliniky pro neurologickou rehabilitaci – stanice pro klienty v komatu a Stanice intenzivní péče je mírně rozdílná od ostatních stanic. Vše se odvíjí od zdravotního stavu klientů na jednotlivých stanicích.

Terapie

Terapie, stejně tak jako péče, je nedílnou součástí komplexního přístupu ke klientovi. Proto mezi sebou tyto obě složky velice úzce spolupracují a reflektují stav klienta.

Mezi terapie, které na této klinice probíhají, patří:

- fyzioterapie,
- ergoterapie,
- činnost sociálního pedagoga,
- arteterapie,
- muzikoterapie,
- logopedie,
- rekreační terapie,
- neuropsychologie.

Nedílnou součástí tohoto multiprofesionálního týmu – lékařů, pečovatelských pracovníků a terapeutů jsou příbuzní a přátelé klientů. Ti mohou klienta navštívit kdykoli, zároveň mohou přihlížet či být přímo součástí péče či terapie o klienta.

Jednotlivé terapie jsou si co do vážnosti rovné, tvoří kooperující celek v rehabilitaci o klienta.

Terapeutické místnosti jsou rozmístěny v jednotlivých patrech Kliniky pro neurologickou rehabilitaci. Dominantou ergoterapie je hlavní ergoterapeutická místnost (viz obr. č. 1), dominantou fyzioterapie je terapeutická hala (viz obr. č. 2).



Obr. č. 1 – Ergoterapeutická místnost Kliniky pro neurologickou rehabilitaci BKH Regensburg



Obr. č. 2 – Fyzioterapeutická hala Kliniky pro neurologickou rehabilitaci BKH Regensburg

8.1.1 Ergoterapie

Celkový počet ergoterapeutů Kliniky pro neurologickou rehabilitaci je zhruba 15. Terapeuti jsou doplněni o 2-4 účastníky programu FSJ („Freiwilliges Soziales Jahr“ – Dobrovolný sociální rok), kteří dělají tzv. „Coterapie“ – asistenční terapii či vedou samostatné terapie. Ke každé stanici této kliniky jsou tedy kompetentní zhruba 2 až 3 ergoterapeuti. Terapie probíhají většinou ve třech ergoterapeutických místnostech (fotografie části hlavní ergoterapeutické místnosti viz obr. č. 1), ve kterých tedy vždy pracuje několik ergoterapeutů najednou. Pokud je stav klienta vážný, probíhá terapie na lůžku. Ergoterapeut může dle náplně své práce s klientem využít ještě jednu ze dvou cvičných ergoterapeutických kuchyní, dílnu pro práci se dřevem, cvičnou ergoterapeutickou koupelnu, Snoezell místnost, venkovní ergoterapeutickou zahrádku či celý venkovní areál Krajské kliniky.

Terapie se plánují vždy týden dopředu. Každý terapeut má tedy svůj týdenní plán (týdenní plán FSJ ergoterapeuta viz Příloha J), podle kterého se řídí harmonogram jeho práce. Pracovní doba všech terapeutů je od 7.30 hod. do 16.00 hod., ve středu do 16.30 hod. Polední pauza vždy v 12.30 – 13.30 hod.

V této kapitole je pouze nastíněna organizace práce ergoterapeutů na Klinice pro neurologickou rehabilitaci. Konkrétním ergoterapeutickým metodám bude věnována pozornost v kapitole určené právě těmto metodám.

9 FN Motol – charakteristika, struktura

Historie

Základ moderního obrovského zdravotnického areálu vytvořily Dětská fakultní nemocnice (DFN) a Fakulta dětského lékařství (dnes 2. LF UK), které se z vinohradského Karlova musely odstěhovat z důvodu výstavby Nuselského mostu. To, že areál byl vybudován právě v Motole, bylo výsledkem výběru z několika možností. Na základě usnesení č. 149 Rady NVP ze dne 23.6. 1970 tedy vznikla sloučením DFN a Městské nemocnice v Motole od 1. ledna 1971 Fakultní nemocnice v Motole a tento komplex se stal jedním z největších v Evropě. V části nemocnice pro dospělé měla nemocnice v té době 2.750 lůžek v části pro děti 923 lůžek. Nejstarším zděným objektem je dnešní pavilon infekčních hepatitid.

Současnost

Koncepce FNM má řadu specifických zvláštností, daných právě její skladbou. Cílem výstavby nemocnice je myšlenka poskytovat vysoce kvalifikovanou léčebnou péči člověku od narození po celý život až do stáří. Poskytuje služby pro dva základní pražské obvody - Prahu 5 a 6. V nemocnici jsou však umístěna specializovaná pracoviště, která mají význam celopražský nebo celorepublikový – FN v Motole má dnes cca 47% mimopražských klientů

Význam FN Motol spočívá i v téměř ojedinělém homogenním soustředění veškerých provozů do jedné lokality, konkrétně do dvou stavebních monobloků. Seskupují se tak specializované lékařské a ošetrovatelské týmy mnoha oborů, které se v případě potřeby okamžitě dokáží spojit a poskytnout tak komplexní a kompletní péči. Je to právě komplexnost a kompletnost, které jsou již dlouholetou ideou nemocnice. Pro řadu zdravotnických pracovišť České republiky slouží Motol jako vyšší instance případů, které jsou již mimo jejich možnosti. FN Motol má přes 5000 zaměstnanců.

Ve Fakultní nemocnici v Motole je 53 zdravotnických pracovišť - klinik, oddělení, center a ústavů a to převážně 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. FN Motol je zároveň hlavní výukovou základnou klinických oborů 2. lékařské fakulty. Od roku 1997 sídlí v areálu nemocnice i 3 kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.¹⁵

Organizační struktura nemocnice (viz Příloha K).

¹⁵ Informace získány www.fnmotol.cz – ze dne 25.3. 2008

9.1 Klinika rehabilitace

Historie kliniky rehabilitace zasahuje až do r. 1962, kdy bylo zřízeno oddělení tělovýchovného lékařství, v jehož rámci se vyvíjela i rehabilitace, která v té době jako samostatný obor neexistovala. Na oddělení v té době docházel i prof. V. Vojta, který rozvíjel rehabilitaci dětí s dětskou mozkovou obrnou (DMO). Samostatné centrální rehabilitační oddělení bylo zřízeno teprve po přesunu dětské kliniky do Motola v r. 1969. Toto rehabilitační oddělení pak vedl téměř 20 let prof. MUDr. M. Máček, který na klinice zavedl zejména fyzioterapii respiračních chorob, se kterou se seznámil při studijním pobytu ve Francii. Klinika rehabilitace byla oficiálně založena 1.6. 1988.

Klinika rehabilitace se zabývá rehabilitací dospělých i dětí v celé její šíři. Na klinice jsou rehabilitováni dospělí i dětské klienti s neurologickými chorobami, dále klienti po ortopedických operacích, úrazech pohybové soustavy, operacích páteře a klienti s interními chorobami. Někteří pracovníci kliniky se specializují na dechovou fyzioterapii, která je jednou z dominantních aktivit kliniky a je též na klinice dlouhodobě rozvíjena.¹⁶

Lůžkové oddělení je určeno pro dospělé klienty a je umístěno v modrém pavilonu, v uzlu B, ve 2. patře. Oddělení má 30 lůžek (6 lůžek je vyčleněno pro centrum pro léčbu bolesti). Standardní pokoje jsou třílůžkové (sociální zařízení je společné vždy pro dva pokoje). Dále je k dispozici jeden jednolůžkový a jeden dvoulůžkový nadstandardní pokoj. Na oddělení je společenská místnost s TV. Celý komplex je bezbariérový.

Péče o klienta

Na oddělení pracují dva lékaři pod vedením vedoucího lékaře, dále 9 sester pracujících pod vedením vrchní sestry, pomocný zdravotní personál a samozřejmě techničtí pracovníci. Standardní doba hospitalizace je obvykle 3 týdny a ve výjimečných případech je možno hospitalizaci prodloužit. Dětská část kliniky nemá vlastní lůžkové oddělení.

Ranní hygienu klientů, pokud ji klient není schopen vykonat sám, obstarávají převážně sestry a pomocný zdravotní personál. Klienti poté většinou zůstávají na svých pokojích a čekají, zda budou mít terapii či nikoli.

¹⁶ Informace získány www.fnmotol.cz – ze dne 25.3. 2008

Terapie

Na Klinice rehabilitace FN Motol a jí přidružené lůžkové části má stěžejní místo, co se týká rehabilitace, fyzioterapie. Ostatní probíhající terapie jako by byly pouze doplňující součástí celkové rehabilitace klienta.

Terapeutické plánování probíhá ze dne na den a v průběhu dne se často i mění, klient je tedy o své terapii někdy spraven i např. hodinu před terapií. Fyzioterapeuti mají v plánování terapií většinou přednost, ostatní terapie probíhají ve zbývajícím čase klienta. Kooperace mezi péčí a terapií není dostatečná.

Mezi terapie, které probíhají na Klinice rehabilitace, její lůžkové části a spinální jednotce patří:

- fyzioterapie,
- ergoterapie,
- logopedie,
- činnost sociálního pedagoga.

Fyzioterapeutické místnosti jsou umístěny na jednotlivých odděleních, ergoterapeutická místnost je v 1. patře FN Motol.

9.1.1 Ergoterapie

Celkový počet ergoterapeutů na dospělé části FN Motol jsou 2, na dětské 1. K lůžkové části kliniky je kompetentní jeden ergoterapeut, ke spinální jednotce ten druhý. Někteří klienti docházejí výjimečně i ambulantně. Na ostatních odděleních FN Motol ergoterapie neprobíhá.

Ergoterapie je lékaři předepisována méně často než fyzioterapie, vše však vychází ze zdravotního stavu klienta. Terapie probíhají, pokud tak zdravotní stav klienta dovolí, v ergoterapeutické místnosti (viz obr. č. 3). Pokud to není možné, probíhá terapie na lůžku. Ergoterapeut může dle náplně své práce s klientem využít ještě cvičnou ergoterapeutickou kuchyň, cvičnou ergoterapeutickou koupelnu či celý venkovní areál FN Motol. Klienti však ven nechodí/nejezdí většinou rádi, jak sami říkají, mají pocit, že se na ně okolí divně dívá.

Terapie se tedy plánují ze dne na den, někdy se stane, že se hodina terapie změní i v den, kdy má probíhat. Ergoterapeut se ale většinou se svým klientem domluví den předem, kdy přijde. Klient si poté čas terapie zapíše do svých poznámek či mu ho terapeut zapíše na kartičku terapií.

Pracovní doba ergoterapeuta je od 7.00 – 15.45 hod., v pátek do 14.30 hod. Polední pauza je většinou od 12.30 – 13.00 hod., je však závislá na počtu klientů, kteří mají předepsanou ergoterapii. Když je klientů hodně, ergoterapeut má polední pauzu kratší.



Obr. č. 3 – Ergoterapeutická místnost Kliniky rehabilitace FN Motol

Tato část práce slouží jako stručný popis organizace terapie ve FN Motol a také jako materiál pro srovnání s organizací terapie na Krajské klinice v Regensburgu. Počet ergoterapeutů v jednotlivých zařízeních je tedy následující:

- na Krajské klinice v Regensburgu, pouze na Klinice pro neurologickou rehabilitaci, je 15 ergoterapeutů na 6 stanic, jež každá čítá zhruba po dvaceti klientech. Těmto ergoterapeutům ještě pomáhají 4 FSJ. Na celé Krajské klinice je počet ergoterapeutů mnohem vyšší.
- ve FN Motol je celkový počet ergoterapeutů 3 (2 pro dospělou část a 1 pro dětskou). Na dospělé části je každý ergoterapeut kompetentní k jedné stanici zhruba po 20ti klientech. Toto je celkový počet ergoterapeutů ve FN Motol, např. na neurologickém lůžkovém oddělení není ergoterapeut žádný.

10 Výsledky ergoterapeutické rehabilitace některých vybraných klientů během absolvování praxe na Krajské klinice v Regensburgu a ve FN Motol

Jak vyplývá z teoretické části práce, ergoterapie je obor, který může pracovat se širokým spektrem klientů. Podle toho, zda spolupracuje např. s psychicky či fyzicky nemocným klientem, liší se její metody práce.

Vzhledem k tomu, že moje praxe týkající se ergoterapie probíhala ve zdravotnických zařízeních, budu se věnovat klientům, kteří mohou být hospitalizováni právě v těchto zařízeních. Setkala jsem se převážně s klienty, kteří měli z nejrůznějších důvodů poškozen mozek či míchu. Zmíním se tedy právě o nich.

Uvedu 6 ergoterapeutických záznamů klientů, se kterými jsem spolupracovala. Tři záznamy budou z Kliniky pro neurologickou rehabilitaci Krajské kliniky v Regensburgu, tři z Kliniky rehabilitace FN Motol v Praze. Tyto záznamy jsou skutečnými ergoterapeutickými záznamy terapeutů v BKH Regensburg a FN Motol, mohou tedy sloužit pro srovnání psaní zpráv o stavu klienta v těchto dvou zařízeních.

Záznamy z Regensburgu obsahují především propouštěcí zprávu klientů, jež musí ergoterapeut vypracovat u každého klienta, který jednotlivé oddělení opouští. V záznamu jsou na začátku uvedeny vytyčené cíle terapie při přijetí klienta, v celé zprávě je pak zhodnocen celkový stav klienta při propuštění. Lze si tedy všimnout výsledků práce ergoterapeuta, který usiloval především o to, aby byl klient co nejvíce samostatný. Převážně od dosažení co největší samostatnosti klienta se odvíjí celková práce ergoterapeuta.

Záznamy z Prahy naopak obsahují především přijímací zprávu, jež je doplněna o shrnutí jednotlivých činností, které ergoterapeutka s klientem absolvovala. Vzhledem k tomu, že moje praxe ve FN Motol trvala pouze tři týdny, ve zprávě jsou uvedeny především činnosti, které jsme s klientem činili v době praxe či před ní. Všichni tři klienti, o kterých budou následující zprávy ve FN Motol ještě nadále zůstávali, jejich zdravotní stav v době propuštění jsem tedy neměla možnost vidět. Ergoterapeut FN Motol však nepíše propouštěcí zprávu klienta, tudíž jsem neměla ani možnost si tuto zprávu po mé praxi opatřit. Rozhodla jsem se tedy, že zdravotní stav klienta v době ukončení mé praxe zhodnotím vlastními slovy. Toto zhodnocení je uvedeno na konci každé jednotlivé zprávy. Je uvedeno především proto, abych mohla porovnat zdravotní stav klienta při přijetí a po jisté době terapie a mohla tak ukázat,

jakou měrou ergoterapie napomohla či nebyla nápomocna samostatnosti klienta, pokud tomu ovšem zdravotní stav klienta dovolil.

Na konci kapitoly je rozebrán zdravotní stav jednotlivých klientů, je pojednáno o tom, co je např. mozková příhoda, jaké následky může mít na zdravotní stav člověka autonehoda, jsou vysvětleny pojmy plegie a paréza, aj.

10.1 Ergoterapeutické záznamy klientů – Německo

Zde jsou uvedeny překlady záznamů do češtiny, originál v německém jazyce (viz Příloha L).

Ergoterapeutická závěrečná zpráva – 1. klient

BKH Regensburg – Klinika pro neurologickou rehabilitaci

Pan A., *1937

27.7. 2006

Diagnosa: je zřejmá ze zprávy lékaře (*pan A. byl hospitalizován z důvodu mozkové příhody*)

Cíle terapie:

- **příprava dynamického samostatného sedu a stoje**
- **aktivizace svalstva v levé části břicha a trupu**
- **zlepšení stability lopatky levé horní končetiny**
- **příprava a zlepšení selektivních pohybů levé horní končetiny**
- **získání co největší samostatnosti při mytí a oblékání**
- **zlepšení koncentrace a pozornosti**

Obsah terapie:

trénink ranní soběstačnosti podle konceptu Affolterové
motoricko – funkční terapie podle Bobathova konceptu

Obstarání kompenzačních pomůcek/konzultace s příbuznými: nekonalo se v rámci ergoterapie.

ZÁVĚREČNÁ PROPOUŠTĚCÍ ZPRÁVA ZE DNE 27.7. 2006

Možnost zatížení: klient se může zúčastnit více po sobě následujících terapií; při motoricko – funkční terapii a při mytí potřebuje častější pauzy, aby si mohl krátce odpočinout.

Střídání poloh/přesuny: při změně poloh z lehu do sedu potřebuje klient lehkou pomoc, aby mohl vykonat tento pohybový přechod fyziologicky; při změně poloh ze sedu do stoje je samostatný.

Pohyb vpřed: chodí po stanici, kde je rovina, ale není zde plně orientován.

Komunikace: viz zpráva od logopeda, verbálně schopný.

Příjem potravy: možno orálně; klient si může s kompenzační pomůckou – adaptované prkénko pro možnost práce jednou rukou – sám připravit snídani; při krájení masa potřebuje pomoc.

Kognitivní funkce ve všedním dni/plánování: se ukazují ohledně jeho koncentrace a pozornosti: klient velice lehce ztratí pozornost (jak na interní tak externí podněty) a také se jen velice těžce koncentruje při motoricko-funkčních činnostech. Jeho paměť se zlepšila, již si lépe vzpomíná na to, co dělal během předešlé terapie. Má však stále obtíže týkající se dlouhodobé paměti.

Motoricko – funkční status:

Hlava: pohyby hlavy jsou kontrolovány, rotace je do obou stran aktivně možná.

Trup: staticky a dynamicky je umožněn samostatný sed; svalstvo na levé straně břicha je ještě lehce hypotonické.

Horní končetiny:

PHK: zachované dřívější fce; klient je s touto rukou více aktivní a rychlejší než je třeba.

LHK: začínající funkce ve všech kloubech. V levém ramenním kloubu lehká subluxace; skapulární spojení trupu ještě redukováno. Aktivní elevace možná do 70°, poté kompenzace trupem. Abdukce přibližně 50° aktivně možná, poté kompenzace trupem. Loketní extenze aktivně v plném rozsahu možná, loketní flexe aktivně nemožná v plném rozsahu. Extenze zápěstí aktivně možná do poloviny plného rozsahu.

Extenze prstů možná v plném rozsahu.

Flexe prstů v MCP možná aktivně jen z poloviny plného rozsahu, poté bolesti. Také pasivně není možná v plném rozsahu.

Flexe v PIP a DIP kloubech v oblastech s plným rozsahem aktivně možná.

Ruka a prsty jsou stále silně oteklé!!!

Klient částečně zanedbává svoji levou horní končetinu a musí se mu připomenout, aby ji nenechal volně vedle sebe, ale polohoval si ji na stůl.

Dolní končetiny:

Funkce ve všech kloubech.

Statický postoj samostatně možný, dynamický postoj ještě lehce omezený!

Je schopen zvládnout všechny sklony cesty a povrchy.

Ergoterapeutická závěrečná zpráva – 2. klient
BKH Regensburg – Klinika pro neurologickou rehabilitaci
Pan K., *1955

1.6. 2006

Diagnosa: neúplný příčný řez ochrnutí ve výši BWK 7/8

Další diagnosa je zřejmá ze zprávy lékaře

Cíle terapie:

- zlepšení všech změn poloh a přesunu
- samostatný postoj a jistější chůze bez pomoci kompenzačních pomůcek
- zvýšení pohybového rozsahu a síly v obou horních končetinách
- zlepšení a aktivizace svalstva především v pravé části břicha a trupu
- zlepšení funkce pravé dolní končetiny a zvýšení nárůstu síly
- možnost většího zatížení a větší výdrž

Obsah terapie:

motoricko - funkční individuální terapie.

terapie za pomoci Help-arm

Obstarání kompenzačních pomůcek/konzultace s příbuznými: nekonalo se v rámci ergoterapie.

ZÁVĚREČNÁ PROPOUŠTĚCÍ ZPRÁVA ZE DNE 1.6. 2006

Možnost zatížení: může být zvýšeno, ovšem při 45 minutové motoricko-funkční terapii je ještě lehce omezeno.

Střídání poloh/přesuny: pan K. je schopen veškeré změny poloh z lehu do sedu a do stoje zvládnout sám bez pomoci; s lehkou kompenzací se může sám otočit na obě strany a na břicho.

Pohyb vpřed: pohyb v interiéru možný samostatně bez pomůcky, v exteriéru s berlemi; na pravé straně jsou ještě nápadné lehké cirkumdukce pánve, kterými si ulevuje, což je zjevné od fraktury pánve; chůze ještě není plynulá z důvodu snížení svalového aparátu na pravé končetině.

Komunikace: verbální projev možný bez omezení.

Příjem potravy: možno orálně; žádné omezení při přípravě jídla.

Kognitivní funkce ve všedním dni/plánování:

kognitivně není rozpoznatelný žádný deficit.

Motoricko – funkční status:

Hlava: volně pohyblivá.

Trup: staticky a dynamicky je umožněn samostatný sed.

Většinou kyfotické sezení, narovnání horní části těla je aktivně možné, není ale udržitelné po delší časové období.

Pravá strana trupu především hluboké svalstvo břicha ještě redukováno (M Quadratus lumborum stupeň síly 3-4), laterální flexe na pravé straně ještě omezena.

Rotace na obě strany omezena (fraktura v BWS).

Stoj na čtyřech a na kolenou je samostatně možný.

Stoj na pravé noze možný jen při pevném držení, na levé je možný krátce samostatně.

Stoj na špičkách možný pouze při pevném držení.

Pan K. je sám schopen lehnout si na podlahu, při vstávání potřebuje lehkou podporu v trupu nebo stoličku či něco podobného.

Rovnovážné reakce jsou ještě lehce redukovány (především equilibrstická rovnovážná reakce na pravé noze).

Horní končetiny:

oboustranně žádné větší omezení ohledně síly a jemné motoriky v prstech, zápěstí a loktech (celkem stupeň síly 5, také v bicepsu a tricepsu!).

Nošení předmětů nečiní klientovi žádné obtíže.

Ramena a paže vykazují dobrou podpěrnou aktivitu, takovou že pan K. např. při použití vany vyrovnává pomocí horních končetin částečnou redukci síly v pravé dolní končetině a může se samostatně koupat!

LHK: svaly na ramenní lopatce (M. serratus anterior a Mm Rhomboidei) jsou ještě lehce oslabeny (stupeň síly 4), napojení ramenní lopatky je v porovnání s pravou stranou ještě lehce redukováno.

Elevace lopatky ještě minimálně omezena ve svalovém rozsahu. Vnější rotace levé horní končetiny není aktivně v plném rozsahu možná a je silově redukována (stupeň síly 4).

PHK: Mm Rhomboidei ještě lehce oslabeny. Vnější rotace pravé horní končetiny ještě lehce oslabena.

Dolní končetiny:

poslední dva týdny před propuštěním byla zjištěna fraktura pánve na pravé straně, z tohoto důvodu byla především pravá strana pánve a trupu zvýšeně šetřena, nemohlo se tedy pracovat proti odporu. Klient měl při propuštění ještě lehké bolesti na pravé straně pánve a trupu!

LDK: byla od začátku na aktivní straně (stupeň síly 2-4).

Kyčelní kloub: Flex/Ext stupeň síly 5, Abd/Add stupeň síly 4-5, vnitřní rotace/vnější rotace stupeň síly 4.

Kolenní kloub: extenze a flexe stupeň síly 5

Chodidlo: plantarflexe stupeň síly 5

: supinace/pronatace stupeň síly 4

: extenze/flexe prstů stupeň síly 5

PDK: při přijetí minimální počáteční funkce v kyčli a koleni

Kyčelní kloub: flex/ext stupeň síly 3; Abd/Add stupeň síly 2-3 (není jistě potvrzeno vzhledem k fraktuře).

Kolenní kloub: extenze stupeň síly 4-5 a flexe stupeň síly 4

Chodidlo: plantarflexe stupeň síly 4

: supinace/pronace stupeň síly 2-3

: extenze/flexe prstů stupeň síly 3

Klient oznámil, že pravá noha je o něco jistější.

Dodatečně k individuální terapii – klient pracuje v rámci terapie samostatně, zpočátku s Help-arm, později s Therra-bandem pro zvětšení síly a pohybového rozsahu v horních končetinách!

Klientovi byl navržen takový vlastní plán cvičení pro horní i dolní končetiny, aby byl schopen jej doma samostatně vykonávat.

Další ambulantní rehabilitaci považují za nutnou pro nárůst síly a rozsah pohybového aparátu!

Ergoterapeutická závěrečná zpráva – 3. klient
BKH Regensburg – Klinika pro neurologickou rehabilitaci
Pan K., *1939

3.7. 2006

Diagnosa: Polyradikulitis Guillain – Barre

Kvadruparéza

PŘIJÍMACÍ ZPRÁVA ZE DNE 11.4. 2006

Možnost zatížení: ještě omezena.

Střídání poloh: s maximální pomocí dvou osob.

Přesun: s maximální pomocí dvou osob a za pomoci kompenzační pomůcky - prkénka usnadňující přesun.

Pohyb vpřed: pasivně na aktivním mechanickém vozíčku, není schopen pohybu rukama pro aktivní samostatný pohyb na vozíku.

Komunikace: (viz zpráva od logopeda), verbální projev možný bez omezení.

Příjem potravy: jídlo a pití musí být panu K. podáváno druhou osobou v důsledku motorického deficitu, na kalorie chudší strava.

Kognitivní fce ve všedním dni/plánování: bez patologického nálezu, plně orientován.

Motoricko – funkční status:

Hlava: udrží hlavu, lehké omezení aktivní rotace a dorzální extenze.

Trup: není schopen samostatného statického sedu.

Dobré funkce v oblasti pletence ramenního a horní části trupu, jež klient zkouší používat jako kompenzaci, aby např. narovnal horní část těla nebo dosáhl samostatného sedu.

Dolní část trupu je hypotonická, aktivní pohyby kyčle jsou těžko možné. Pasivní i aktivní rotace je omezena právě tak jako laterální flexe na obou stranách.

Předklon horní části těla je omezen.

Horní končetiny:

V obou ramenech je patrná počáteční funkce, především jsou dobře možné elevace a deprese, ante- a retroverze jsou ještě omezeny. Pasivně má klient omezení v elevaci (přibližně 90°) a ve vnější rotaci. Úroveň funkčních schopností postupně klesá směrem z proximálních částí na distální, aktivní postavení nebo natažení lokte není možné. Také zápěstí a prsty jsou plegické

a silně oteklé, v pasivním pohybovém rozsahu silně omezeny. Dát pasivně prsty v pěst či je roztáhnout není možné. Extenze prstů je možná v plném rozsahu.

Dolní končetiny:

Počáteční funkce je patrná v kyčlích. Není schopen udržet nohy postavené, pokud leží v poloze na zádech. Také zde je patrný otok a změna zbarvení kůže na obou lýtkách. Nohy padají do rovné polohy, také v sedě na vozičku silně ve vnější rotaci, vnitřní rotace je také pasivně omezena.

Klient vydrží přibližně 20 min. na vertikálu, při vstávání a posazování však nemůže aktivně pomáhat.

Cíle terapie:

- **zvýšit možnost zatížení**
- **udržet/rozšířit pasivní pohybový rozsah všech končetin**
- **zesílení svalstva trupu s cílem dosáhnout samostatného statického a dynamického sedu**
- **usnadnění přesunu na základě zlepšení předklonu horní poloviny těla**
- **příprava funkčnosti horních končetin**

Obsah terapie:

- **motoricko - funkční terapie podle Bobathova konceptu**
- **Help-arm trénink**

Obstarání kompenzačních pomůcek/konzultace s příbuznými: nekonalo se v rámci ergoterapie.

ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA ZE DNE 3.7. 2006:

Vzhledem k přijímací zprávě se v rámci ergoterapeutického působení ukázaly následující změny:

Klient je schopen sedět na měkké podložce staticky samostatně, na pevné podložce je posed v mezích také dynamický.

Svaly trupu se posílily tak dalece, že je klient schopen narovnáni horní poloviny těla, rotace a laterální flexe je možná oboustranně ve středním rozsahu. Předklon horní poloviny těla se výrazně zlepšil tak, že je možno lépe uskutečnit přesun. Může přenést váhu na nohy, avšak

přesun lze většinou uskutečnit pouze s pomocí dvou osob a kompenzační pomůcky - prkénka ulehčující přesun.

Zlepšily se také funkce obou rukou (biceps, triceps, deltoideus vykazují počáteční funkčnost) tak dalece, že je klient schopen dát ruce z klína na stůl, avšak stále za pomoci ramenního svalstva.

Když sedí klient na mechanickém vozíčku, může dát ruce na kola a částečně s vozíkem pohnout (většinou však nazpět). Toto se však děje za velké kompenzace v ramenní zóně a není možné použití během všedního dne, klient tak však navzdory varování terapeutů stále činí.

Na ploše stolu může klient obě ruce pokrčit a narovnat, tak může předměty na stole odstrčit či přistrčit.

Addukce a vnitřní rotace jsou na obou stranách aktivně možné, rovněž je možné pokrčení v lokti při aktivizaci všech sil (biceps vykazuje dobré začínající síle, ruka však nemůže být postavena proti odporu → klient nemůže sám přiložit ruku k ústům či k obličejí). Obě ruce může klient proti síle přibližně do 50° zvednout. Pronace a supinace jsou aktivně možné na obou stranách v polovičním rozsahu.

Extenze a flexe zápěstí je v minimálním rozsahu možná na pravé ruce, na levé nejsou rozpoznatelné žádné funkce.

Palec na levé ruce vykazuje počáteční funkce v extenzi a flexi a ve všech PIP a DIP kloubech, po terapeutické mobilizaci je pasivně možné přivést ruku v pěst.

Funkci prstů na pravé ruce vykazují pouze palec a ukazováček, pasivně je rozsah v MCP, PIP a DIP kloubech zřetelně omezeny, není možné ani pasivně přivést ruku v pěst. Funkce v obou rukou a prstech však nemohou být použity v rámci ADL – např. úchopy. Otok na rukou byl zřetelně redukován.

Další ergoterapeutické působení by bylo naléhavě doporučováno, klient by měl cíleně rozvíjet funkce v rukou a tak docílit větší samostatnosti a vyšší kvality života.

10.2 Ergoterapeutické záznamy klientů – ČR

Záznam o průběhu ergoterapie – 1. klient

FN Motol - KRL

Pan M., *1974

15. 2. 2008 13.00 - 13.45 hod.

NO: přeložen z neurologické kliniky FN Motol. Od 11.1. 2008 oslabení PHK a porucha vyjadřování a porozumění. Stav se během 20 min. upravil, v 13.40 hod. náhlé zhoršení stavu - pravostranná paréza až plegie, smíšená fatická porucha.

DG: stav po akutní iCMP v povodí MCA vlevo s pravostrannou těžkou hemiparezou a expresivní afasií.

Stav po úrazu krční páteře 1998, fixace C4 - C6.

Stav po CHCE.

SPA: ženatý, 2 děti, zaměstnání - chovatel psů.

ERGOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ

Vyšetření HKK (horních končetin):

LHK - v normě, beze změn

PHK - plegie, elevuje rameno, částečná tonizace v lokti, plná plegie, cítí v normě

Vyšetření ADL - oblékání, svlékání zvládá

Jídlo - samostatně, LHK lžíce, vidlička.

Osob. hygiena - oholí se, vyčistí si zuby.

Koupel - v sedě pod dohledem.

Kontinence - používá WC.

Mobilita na lůžku - posadí se, otočí se.

Chůze - chodí o jedné kozičce, chodítko.

Vyšetření řeči - odpovídá ANO/NE. Zvládne některá slova při počáteční nápovědě, problém se čtením.

Plán ERGO - trénink řečových funkcí, nácvik zapojení PHK.

Následuje výčet činností, které s klientem jeho ergoterapeut podle časových možností činí. Jedná se většinou o hodinovou individuální terapii, popřípadě skupinovou terapii (vaření). Ergoterapeut se snaží motivovat klienta k stále vyšším výkonům.

Výčet některých činností, které jsou v záznamu ergoterapeuta vedeny od jeho první návštěvy klienta, tedy od 15.2. 2008 do dne 7.3. 2008 (konec mé praxe na KRL, Ergoterapie).

- mobilizační techniky, stimulace čítí, aproximace kloubů, placing, trénink řeči a vyjadřování, skupina - vaření, MT (měkké techniky), koncentrace, pozornost, kompenzační pomůcky

Ergoterapeut ve FN Motol nepíše propouštěcí ani hodnotící zprávu klienta, tudíž se pokusím zhodnotit stav klienta v době ukončení mé praxe dne 7.3. 2008 tak, jak se mi jevil.¹⁷

Pan M. se velice snažil zlepšit především svoji řeč a funkčnost PHK, byl trochu demotivován z toho, že vše šlo pomalu, byť již učinil veliké pokroky. Ergoterapeutka se ho snažila neustále motivovat. Bylo pro něj obtížné i to, že jakmile zvládl nějaký úkol, chtěly jsme, aby se konfrontoval s ještě těžším. Po vysvětlení a ujištění, že je to proto, že se již dostal opět o krok dál ve své terapii a tudíž, že je velice dobře, že můžeme postoupit dále, se dle mého názoru s tímto faktem lépe vyrovnal. Pokud bylo v ergoterapeutické místnosti více osob, např. při skupinové terapii, bylo na pana M. znát, že se nechce verbálně vyjadřovat. Zaměřil svoji terapii tedy především na zapojení své PHK do vykonávané činnosti. Velice důležitá pro stav klienta byla i spolupráce s rodinou, manželka pana M. se zajímala o to, jaká cvičení s ním provádíme a sama s ním procvičovala převážně řeč. Co se týká fatických funkcí, pan M. bez problémů rozuměl, obtíže mu činilo mluvení. Často chtěl říci nějaké slovo a nakonec vyslovil zcela jiné. Rovněž seřazení písmen do smyslu nějakého slova bylo obtížné (hra AMOS). Kognitivní funkce v pořádku. Celkově se s panem M. spolupracovalo velice dobře a za dobu tří týdnů co jsem s ním měla možnost pracovat byly znát pokroky.

¹⁷ Poznámka autora

Záznam o průběhu ergoterapie – 2. klient

FN Motol - KRL

Pan S., *1964

4. 2. 2008 12.00 - 12.30 hod.

NO: 4.12. 2007 havaroval v automobilu kolem 23. hod., na nehodu si nepamatuje. Byl v ebrietě 3,2 promile etanolu v séru. Nekooperující, klinicky susp. míšňí léze C8, Th1. Dle CT, luxační fraktura C7/Th1 s kompresí těla Th1, subluxace C7T1 vpravo luxace vlevo, fa oblouku C6 bilat.

Přijem k hospitalizaci na spinální jednotku při KRL FN Motol 28.1. 2008.

SPA: žije v jednom rodinném domku, manželka v druhém. Pracoval jako údržbář v továrně.

ERGOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ

Klient přeložen na spinální jednotku KRL FN Motol z rehabil. jednotky, kde bylo provedeno ergoterapeutické vyšetření. Tyto záznamy bohužel na jednotce musely zůstat. Neměla jsem k nim již přístup. Z tohoto důvodu popíši stav klienta při přijetí na spinální jednotku vlastními slovy.

Klient byl orientovaný, lucidní, kompenzovaný, bez větších bolestí. Plegie dolních končetin, horní končetiny jsou velice slabé, nutno posílení svalstva. Celková únava a slabost, přesuny obtížné. Mobilita na lůžku - otočí se. Jídlo - samostatně. Nosí plenkové kalhoty.

Plán ERGO - posílení horních končetin, trénink ADL

Následuje výčet činností, které s klientem jeho ergoterapeut podle časových možností činí. Jedná se většinou o hodinovou individuální terapii, popřípadě skupinovou terapii (vaření). Ergoterapeut se snaží motivovat klienta k stále vyšším výkonům.

Výčet některých činností, které jsou v záznamu ergoterapeuta vedeny od jeho první návštěvy klienta, tedy od 28.1. 2008 do dne 7.3. 2008 (konec mé praxe na KRL, Ergoterapie).

- uvolňování tkání, myofasciální techniky, mobilizace, stimulace čítí, nácvik JM (terapeutická hmota) + úchop (cvičení s míčkem, navlékání spinacích špendlíků) + posilování HKK, nácvik ADL, skupinová terapie - vaření, nácvik přesunu, nácvik hygieny celého těla, cvičení proti odporu, kompenzační pomůcky

*Ergoterapeut ve FN Motol nepíše propouštěcí ani hodnotící zprávu klienta, tudíž se pokusím zhodnotit stav klienta v době ukončení mé praxe dne 7.3. 2008 tak, jak se mi jevil.*¹⁸

Pan S. je velice motivovaný klient. Uvědomuje si, že byt' cvičení, která dělá jak s ergoterapeutem či fyzioterapeutem, jsou obtížná, pomohou ke zlepšení jeho zdravotního stavu. Klient je optimistický a často při terapii vypráví historky ze svého života či o jeho rodině. Někdy se pak plně nekoncentruje pouze na terapii. Jeho zdravotní stav se velice zlepšuje, co se týká ergoterapie, horní končetiny jsou díky cvičení mnohem silnější, tudíž bylo možno trénovat přesuny, které již činí bez obtíží, jak na toaletu, do sprchy i do vany. Oblékání dolní poloviny těla zvládá čím dál tím rychleji. Horní končetiny jsou díky cvičení mnohem silnější, tudíž bylo možno trénovat již zmíněné přesuny. Klient trpí točením hlavy, které je lepší po vertikalizaci s fyzioterapeutem. Kognitivní i fatické funkce bez obtíží. Drobné obtíže s JM, která se ale také po cvičení zlepšuje.

¹⁸ Poznámka autora

Záznam o průběhu ergoterapie – 3. klient

FN Motol - KRL

Pan Š., *1988

5. 2. 2008 10.00 - 10.45 hod.

NO: 2.10. 2007 - jako spolujezdec účastník autonehody, hospitalizován na ARO FN Motol. Od 29.10. 2007 na ARO na Homolce, NCH výkon DURO a kranioplastika, kontuzní poranění CNS, porucha vědomí na úrovni seminegativního stavu. Porucha vědomí ustupuje, dobrá spolupráce. Po krátkodobém pobytu doma přijat na RHB FN Motol.

DG: stav po autonehodě, kontuzní poranění CNS, traumat. edém mozku

SPA: svobodný, kuchař, žije s rodiči v rodinném domku, bariera 4 + 20 schodů.

ERGOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ

Vyšetření HKK (horních končetin):

LHK - výrazně spastická, flekční držení, omezen i PP ve všech kloubech. Prsty v pěst, sám není schopen natáhnout. Pasivně lze s obtížemi. Výrazně snížena svalová síla na celé LHK.

PHK - konfigurace v normě, pasivní hybnost přiměřená

AP - snížená svalová síla, nedotáhne do max. rozsahu

Vyšetření ADL

Oblékání - není schopen samostatně obléknout horní ani dolní polovinu těla.

Jídlo - pouze s asistencí druhé osoby.

Osob. hygiena - odkázán na dopomoc druhé osoby.

Koupel - v nemocnici zatím nezkoušel.

Kontinence - nosí plenkové kalhoty.

Mobilita na lůžku - s dopomocí druhé osoby.

Chůze - s dopomocí druhé osoby se postaví, chůzi zatím nezkoušel.

Fatická fce – dysartrie.

Kognitivní fce - klient rozumí jednoduchým povelům, spolupracuje.

Pomůcky - klient nemá zatím žádné KP pro soběstačnost.

Plán ERGO - procvičování HKK, uvolňování spasticity, zejména na LHK, trénink úchopů, trénink cílených pohybů, trénink kognitivních fcí (krátkodobé a dlouhodobé paměti...).

Následuje výčet činností, které s klientem jeho ergoterapeut podle časových možností činí. Jedná se většinou o hodinovou individuální terapii, popřípadě skupinovou terapii (vaření). Ergoterapeut se snaží motivovat klienta k stále vyšším výkonům.

Výčet některých činností, které jsou v záznamu ergoterapeuta vedeny od jeho první návštěvy klienta, tedy od 5.2. 2008 do dne 7.3. 2008 (konec mé praxe na KRL, Ergoterapie).

- procvičování HKK, PP a AP oběma HKK, placing, mobilizace, MT, snaha o zmírnění spasticity, trénink úchopů, cílených pohybů, trénink kognitivních fcí (puzzle, časový příběh, rozdíly na obrázku, geometrické tvary, dvojice, písmena, počítání...) a fatických fcí (pojmenovávání předmětů...), trénink ADL - sycení, mobilita na lůžku, myofaciální techniky, stimulace čítí, chůze na chodítku společně s fyzioterapeutem, protahování flexorů prstů, skupinová terapie - vaření, počítač

Ergoterapeut ve FN Motol nepíše propouštěcí ani hodnotící zprávu klienta, tudíž se pokusím zhodnotit stav klienta v době ukončení mé praxe dne 7.3. 2008 tak, jak se mi jevil.¹⁹

Pan Š. se snaží spolupracovat v průběhu terapie dle jeho možností. Pokud se mu něco nelíbí, dá to najevo. Pan Š. je však často v době terapie unaven a tím jeho výkony klesají. Málokdy se usměje, komunikuje, pouze když je vyzván. Kognitivní cvičení plní velice dobře, potřebuje na ně jen delší dobu. Rozumí všem zadaným úkolům. Jeho nálada je vždy o mnohem lepší, když ho přijdou navštívit příbuzní. Co se týká uvolňování spasticity, ruku se podaří uvolnit po masáži a stimulačních technikách, poté však opět nastane tonus.

Celkově se stav pana Š. o něco málo zlepšil.

¹⁹ Poznámka autora

10.3 Zdravotní stav některých vybraných klientů

Cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda (CMP), apoplexie, mrtvice jsou výrazy používané k popisu náhlého poškození funkce mozku. CMP může způsobit jakýkoli patologický proces postihující cévy, např. cerebrální infarkt, vysoký krevní tlak, hemoragie, malformace cév, mozkové tumory, úrazy a řada dalších.

Obecně by se ale dalo říci, že mozková příhoda je důsledkem dvou jevů: nedokrevnosti (ischemie) a krvácení do mozkové tkáně. Dojde-li na ohraničeném okrsku mozkové tkáně k déletrvající nedokrevnosti (ischemii), postižená tkáň odumře. Vzniklé mozkové poruchy jsou výsledkem nepoměru mezi potřebou a dodávkou kyslíku mozkovým buňkám. Jestliže dojde k druhému jevu, tedy krvácení, může se jednat buď o krvácení do mozkové tkáně, které tvoří 15% CMP, nebo o krvácení mezi mozkové pleny (5% CMP).

„Každá z obou mozkových hemisfér kontroluje a řídí činnost protilehlé poloviny těla. Tudíž jakékoliv postižení jedné poloviny mozku způsobuje poruchu funkce opačné poloviny těla. Důležitá funkce, která je postižena u všech klientů po CMP, je ztráta normálního svalového tonu na postižené straně, jež je spojena se ztrátou kontrolovaného pohybu. Velikost svalového tonu bude základní podmínkou pro kvalitu pohybu. Jestliže je přítomna těžká spasticita, bude pohyb obtížný, ne-li nemožný, protože jsou svaly ve stavu nepřetržité kontrakce. Pokud je spasticita střední, pohyby budou pomalé a neplynulé s poruchou koordinace. Lehká spasticita umožňuje velké pohyby končetin, ale jemné pohyby rukou budou obtížné.“²⁰

Poškození mozku může způsobovat nejen evidentní fyzické postižení, ale také percepční problémy a ztrátu senzorycké diskriminace. Výsledkem poté je, že klient má problém poznat, kde se právě nachází např. jeho končetiny, zda jsou skrčené či natažené. Poškození mozku může vést i k obtížím, týkajícím se kognitivních funkcí klienta (paměť, logika, soustředěnost, aj.) a fatických funkcí (řeč, slovní zásoba, aj.).

Zdravotní stav klienta po úrazu, nemoci, nehodě

Často dochází následkem těžkého úrazu, nemoci či nehody k omezení funkčnosti pohybového aparátu. Tělesné postižení ovlivňuje člověka v celé jeho osobnosti – motorika,

²⁰ Carraro, L.: Obnova pohybu po cévní mozkové příhodě. KRL 1. LF UK, Praha 2002 – str. 10, 11

vnímání, kognitivní funkce a emoce jsou od sebe neoddělitelně propojené. V celé této kapitole je řeč o získané pohybové dysfunkci vlivem výše uvedených skutečností.

Při poškození mozku a míchy dochází k obrně centrální nervové soustavy, periferní část nervové soustavy poté zahrnuje obvodové svalstvo. Důsledkem poškození centra v mozku je snížený svalový tonus (napětí) nebo naopak zvýšená spasticita (křečovitost). Toto poškození se projevuje např. neúčelnými pohyby, poruchou rovnováhy, pohyby jsou vykonávány namáhavě, končetiny mohou mít abnormální pozici, poruchou hybnosti až celkovou ztrátou hybnosti. Při poškození periferních nervů vystupujících z míchy dochází k poklesu až ztrátě svalového napětí a k úbytku svalové hmoty. Projevem je omezení až ztráta hybnosti.

Jednotlivé druhy obrn se od sebe liší rozsahem a stupněm závažnosti. Můžeme je rozdělit na parézy (částečné ochrnutí) a plegie (úplné ochrnutí). Vyskytují se v těchto formách:

- hemipareza – jednostranná porucha hybnosti končetin způsobená poškozením protilehlé poloviny mozku nebo míchy nad úsekem křížení nervových vláken. Pod úsekem prodloužené míchy je porucha lokalizována na stranu poškození míchy,
- parapareza – centrální porucha hybnosti dolních končetin,
- kvadrupareza – centrální porucha hybnosti všech končetin způsobena poruchou míchy v místě přechodu z krčního úseku do hrudního,
- hemiplegie – jednostranné úplné ochrnutí poloviny těla,
- paraplegie – úplné ochrnutí poloviny těla (obvykle dolní), souvisí s poraněním míchy, zároveň mohou být porušeny nervy zásobující orgány malé pánve (močové, pohlavní ústrojí),
- kvadruplegie – úplné ochrnutí všech končetin, souvisí s poraněním mozku nebo míchy v její horní části.

Vzhledem k tomu, že byl tímto přiblížen zdravotní stav některých klientů, se kterými může ergoterapie pracovat, přistoupila bych k metodám, jež ergoterapie používá pro zvýšení samostatnosti nejen těchto vybraných klientů.

11 Používané metody v ergoterapii směřující ke zvýšené samostatnosti klienta

Ergoterapeutické metody, které jsou v této části práce popisovány, se týkají především práce s klienty ve zdravotnických zařízeních. Pokud se některé z metod používají pouze v zařízeních Kliniky pro neurologickou rehabilitaci Krajské kliniky v Regensburgu či Kliniky rehabilitace FN Motol v Praze, je upozorněno na tuto skutečnost na konci kapitoly. Metody používané v ergoterapii jsou rozděleny na metody individuální práce s klientem, jež převažují, a na metody skupinové práce s klientem. To, jakým způsobem ergoterapeut s klientem pracuje, je vždy závislé na zdravotním stavu klienta. Volba metod tudíž reflektuje vyvíjecí se fyzický i psychický stav klienta.

11.1 Individuální práce s klientem

Ergoterapeut pracuje s klientem převážně individuálně. Tento přístup umožní větší propojenost mezi klientem a ergoterapeutem, která vede k dosažení vyšších výsledků. Ergoterapeut volí metody práce dle aktuálního zdravotního stavu klienta. Někdy je dobré metody střídát, tak lze zvýšit pozornost klienta, jindy je možno pracovat s klientem cíleně a opakovaně – to se týká především zlepšení funkčnosti části pohybového aparátu.

Individuální ergoterapeutické metody, které lze pro práci s klientem volit, by se daly rozdělit do čtyř skupin:

- ergoterapeutické rehabilitační metody,
- metody pro zvýšení samostatnosti ve všedním dni,
- metody rozvíjející kognitivní a fatické funkce,
- výtvarné a kreativní techniky.

Nutno říci, že se tyto metody velice prolínají. V ergoterapii snad nelze procvičovat cíleně pouze jednu funkci. Procvičování této funkce bude dominantní, zároveň se však posilují i další funkce systému. Pokud je tedy např. s klientem nacvičována činnost pro zlepšení samostatnosti ve všedním dni, je pochopitelné, že zároveň jsou trénovány fatické a kognitivní funkce. Toto rozdělení je tedy orientační.

Součástí práce ergoterapeuta je rovněž doporučení kompenzačních pomůcek pro klienta dle jeho zdravotního stavu, případně návrhy úprav bytu, aby se stal pro klienta pohodlnějším.

11.1.1 Některé ergoterapeutické rehabilitační metody

Polohování

Rehabilitační metody by měly nastoupit při léčbě klienta již v akutní fázi jeho onemocnění. To znamená, že již na JIP je možno na klienta pozitivně působit a to pasivně – např. správným polohováním. Pokud je již částečně aktivní klient v době rehabilitace na lůžku, ergoterapeut by měl skončit svoji práci s klientem právě správným polohováním. Terapeut by měl být tedy od zdravotního personálu informován o předešlé poloze klienta a tuto polohu změnit. Správné polohování klienta působí na celkové zklidnění jeho fyzických i psychických funkcí.

Pasivní cvičení

Je velice důležité, aby klient, byť nemůže s některou částí svého těla v důsledku nemoci či úrazu pohybovat, tyto pohyby vykonával alespoň pasivně. Ergoterapeut tedy vede např. paži klienta do různých směrů, vždy jen tak, aby klientovi nezpůsobil bolest. Tyto pohyby mohou být vykonávány od ramene, lokte či zápěstí. Ergoterapeut ale musí vždy dbát na správné držení klientovi paže. Tato metoda je nazývána v tzv. Bobathovském konceptu „placing“.

Cílem včasného pasivního cvičení není pouze udržení normálního rozsahu pohybů v jednotlivých kloubech, ale také uchování si pohybu v paměti. Z počátku se bude jednat o pasivní cvičení, postupně pokud se budou zlepšovat klientovy schopnosti, je možno přejít k aktivnímu asistovanému pohybu, poté bude klient schopen vykonávat volní kontrolované pohyby a konečně pohybovat končetinou v prostoru a udržet ji.

Help-arm

Tato metoda by se dala zařadit do aktivního asistovaného pohybu. Jak z názvu vyplývá, jedná se o tzv. pomoc pro ruku. Klient sedí na židli či vozičku, na který mu je zezadu připevněn závěsný systém. Do tohoto systému je klientovi umístěna ruka, se kterou poté může volně pohybovat. Ruka je tedy odlehčena a pro klienta jsou snazší cílené i volné pohyby.

Aktivní cvičení

Této metody se využívá tehdy, je-li klient již schopen s končetinou aktivně pohybovat. Klientovi je možno např. podávat míček do různých směrů, což ho nutí si pro tento míček dosáhnout.

K těmto účelům např. velice dobře slouží tzv. „Stehbaum“ – tedy stojící strom (viz obr. č. 4), na kterém jsou zavěšeny různé předměty – kolečka, válečky, kolíčky, pro které si klient musí dosáhnout. Až je všechny sundá, je požádán, zda by předměty na strom opět vrátil. Strom má několik příček, klient dává předměty na ty příčky, které mu nečiní při pohybu bolest.



Obr. č. 4 – „Stehbaum“ – stojící strom

Masáže

Masáže jsou nedílnou součástí ergoterapeutické rehabilitace. Ergoterapeut převážně masíruje klientovy horní končetiny. Dochází tak k uvolnění a zároveň stimulaci svalů. Pro masáže využívá nejrůznějších masážních míčků či kartáčů. Pro masáž a stimulaci prstů se dá využít masážní kroužek.

Stimulace čítí

V ergoterapii se rozumí pod pojmem stimulace čítí převážně stimulace hmatového čítí. Pro tuto stimulaci se hojně využívá čočky, fazolí či hrachu. Jednotlivé druhy luštěnin jsou nasypány do prostorné nádoby a klient se má v této nádobě „prohrabávat“. To vede ke stimulaci nervových zakončení ruky. Náročnější formou této stimulace je, pokud klientovi do luštěniny schováme nějaké předměty, které zde musí hledat se zavřenýma očima. Dalo by se říci, že tak stimulováno klientovo čítí dvojnásob.

Jinou formou pro podporu čítí a krevního oběhu je střídání studené a teplé lázně. Nejdříve se ponoří ruka klienta do studené lázně (ledové tříště), klient si sám řídí, jak dlouho chce ruku v této lázni ponechat. Poté vloží ruku do teplé lázně. Následuje přestávka vyplněná stimulací kartáčováním. Postup se několikrát opakuje, vše se řídí pocity klienta.

Práce s terapeutickou hmotou

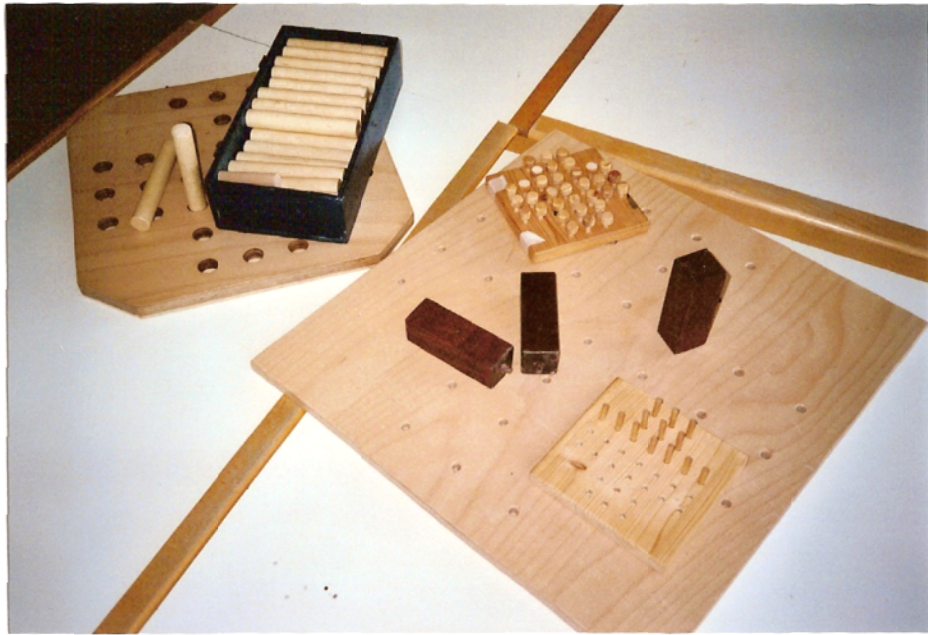
Terapeutická hmota by se dala přirovnat k plastelině, která ovšem nelepí a je bez zápachu. Tato hmota má několik stupňů tuhosti. Pro klienta se volí ten druh hmoty, která odpovídá jeho schopnostem. Nejtužší hmota pro klienty, kteří již mají posílené svalstvo a dobrou motoriku ruky, nejměkčí pro klienty, kteří jsou s posilováním a tréninkem motoriky na začátku. Tato hmota je dobrá nejen pro trénink jemné motoriky ale slouží právě i ke stimulaci hmatu ruky. S hmotou se dají dělat nejrůznější cviky od válení, přes trénink svalstva prstů až po procvičování opozice palce či úchopů. Hmota je variabilní, cvičení s ní je pro klienta většinou zábavou a přitom procvičuje a obnovuje mnoho funkcí.

Trénink úchopů, jemné motoriky

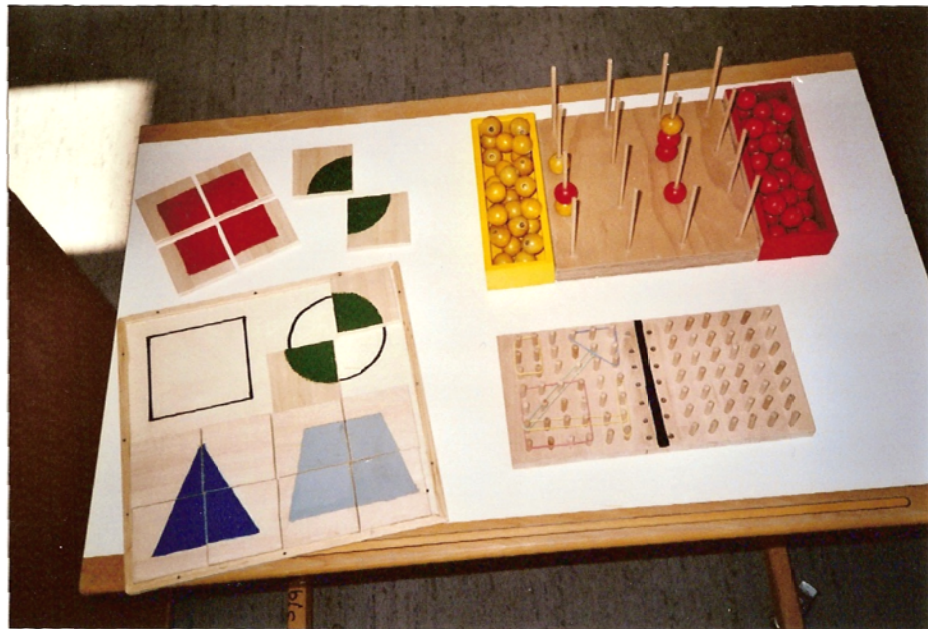
Existuje několik druhů úchopů. Ergoterapie se úchopy snaží procvičit nejrůznějším způsobem, většinou je trénink spojen s hrou a zároveň tedy s procvičováním kognitivních funkcí.

Nejrozšířenějším způsobem tréninku různě obtížných úchopů je hra „Solitaire“ (viz obr. č. 5). Úkolem klienta je uchopit jeden „váleček“ a přeskočit tak druhý. Přeskakovat se může pouze vertikálně a horizontálně, přeskočený váleček se vždy z hracího pole odloží. Cílem hry je, aby zůstal pouze jeden váleček. Je několik tipů této hry, válečky mají tedy různé velikosti.

Pro procvičení úchopů i jemné motoriky slouží např. i hra trojrozměrné piškvorky (viz obr. č. 6, pravý horní roh) či zrcadlové rozmístění gumiček za pomoci pinzety (viz obr. č. 6, pravý dolní roh). Především představivost, zároveň však i úchopy, procvičuje poslední hra na obr. č. 6.



Obr. č. 5 – Solitaire



Obr. č. 6 – Piškvorky

V této podkapitole nejsou uvedeny všechny rehabilitační metody, které ergoterapie využívá, ale pouze ty, se kterými jsem během své praxe nejvíce pracovala. Pokud se porovná užití těchto metod během praxe v Německu a v ČR, lze dospět k závěru, že v obou zařízeních se téměř všechny tyto metody užívají, avšak v jiném poměru.

Na Klinice pro neurologickou rehabilitaci Krajské kliniky v Regensburgu je každá terapie klienta, který leží na lůžku, ukončena jeho správným polohováním. Ergoterapeutky FN Motol toto správné polohování většinou neprovádějí.

Na pasivní i aktivní procvičování je kladen stejný důraz. Rozdíl je pouze v použití pomůcek, FN Motol nemá ve své ergoterapeutické výbavě pomůcek k dispozici „Help-arm“ ani „Stehbaum“.

Celkově je ve FN Motol v rámci ergoterapeutické rehabilitace kladen větší důraz na rehabilitaci a masáže ruky, zatímco na Klinice rehabilitace v Regensburgu se ergoterapeuti zaměřují na rehabilitaci jak ruky, tak celého těla. Jejich práce se v rámci cvičení s klientem více podobá práci fyzioterapeuta.

11.1.2 Metody pro zvýšení samostatnosti klienta ve všedním dni

Onemocnění často způsobí poruchu, která znemožní nebo značně omezí schopnost klienta provádět všední denní činnosti, v ergoterapii tzv. ADL (Activities of Daily Living). Jedná se tedy např. o osobní hygienu (koupání, použití WC, atd.), oblékání, samosycení, přesuny, mobilitu ale i nákupy, přípravu jídla, domácí práce, praní, manipulaci s penězi, použití dopravy, aj. Při nácviku ADL si klient osvojuje normální pohybové stereotypy.

Přesuny

Přesuny jsou nedílnou součástí života každého „vozičkáře“. Důležité je, aby se klient uměl přesunout z vozičku na postel, na židli, na toaletu nebo do vany s využitím kompenzační pomůcky – podložky na vanu, do auta. Pro samostatnost klienta je velice důležité, aby mu bylo předvedeno a později nacvičeno, jak se tyto přesuny dělají. Někdy zdravotní stav klienta nedovolí, aby mohl tyto přesuny provádět sám, bez pomoci druhé osoby. Pokud tomu tak je, je třeba ukázat jeho příbuzným či těm, kteří s touto osobou sdílí domácnost, jak svému blízkému pomoci. Pokud tomu zdravotní stav klienta dovolí, učí ho ergoterapeut jak vše zvládnout sám. Pro zvládnutí přesunu je důležitá optimální kondice klienta a posílené svalstvo na horních končetinách.

Použití WC

Pokud klient zvládne přesun z postele na vozíček, není již pro něj většinou žádný problém přesun na toaletu. Výška toalety se dá upravit nejrůznějšími nástavci, vše se dá tedy přizpůsobit potřebám klienta. Důležité je, aby měl klient i doma dostatek prostoru u toalety pro vozíček.

Koupání, sprchování

Pro usnadnění koupání a sprchování by měl ergoterapeut klientovi doporučit správné kompenzační pomůcky. Koupání je pro klienty obvykle obtížnější vzhledem k tomu, že do vany musí provést trochu jiný přesun, než jsou zvyklí. Přesun se provádí na podobném principu jako obvykle, avšak s tím rozdílem, že do vany klient vkládá nejdříve jednu nohu, poté až druhou. Podobným způsobem jako do vany se klient přesouvá i do automobilu.

Sprchování může ergoterapeut nacvičit s klientem přímo v koupelně u jeho pokoje ve zdravotnickém zařízení, koupání pak ve cvičné ergoterapeutické koupelně.

Oblékání

Důležité při oblékání je klientovi sdělit, že si vždy obléká nejdříve postiženou stranu těla. Pokud si obléká triko, nejdříve si ho naroluje, poté natáhne na postiženou ruku až k rameni. Následuje vklouznutí do trika zdravou paží a následné přetáhnutí přes hlavu.

Při oblékání kalhot v sedě klient překříží končetiny a natáhne si nohavici na postiženou část těla, poté opět na zdravou.

Nejobtížnější pro klienty je většinou oblékání ponožek. Existují různé pomůcky, nejlépe se ponožky oblékají za pomoci ručníku. Zvolí se ručník větší velikosti, na kterém si představíme vodorovnou přímku procházející středem. K této pomyslné přímce se přiloží nejdříve jedna strana ručníku, poté druhá. Jedna část se přiloží ke druhé. Na konec tohoto úzkého obdélníku se navlékne ponožka. Do překladu ručníku se vloží noha a ponožka se navlékne.

Svlékání

Při svlékání se postupuje opačně. Nejdříve se tedy vždy svlékne zdravá část těla, poté postižená.

k jiným fyzioterapeut a k dalším ergoterapeut, který s nimi provede ranní hygienu. Při ergoterapeutické SH je tedy procvičeno svlékání, sprchování, popřípadě mytí se u umyvadla ve stoje či v sedě, především mytí se žínkou či čištění zubů, utírání a následné oblékání. Ranní SH končí odvedením klienta do jídelny a přípravou snídaně. Vše tedy probíhá v klidu v rámci terapie. Každý ergoterapeut i fyzioterapeut mají první dvě hodiny své práce vyčleněny pro SH, tedy pro ranní nácvik činností všedního dne se dvěma klienty.

11.1.3 Metody rozvíjející kognitivní a fatické funkce

Metod rozvíjející kognitivní funkce je nespočet. Lze mezi ně zařadit nejrůznější pracovní listy posilující paměť, orientaci, koncentraci, matematické myšlení, logiku, aj. (viz Příloha M). Ale i hry, které jsou známy např. z dětství a mnoho jiných (některé hry posilující kognitivní funkce viz obr. č. 8, 9, 10).

Fatické funkce je možno posilovat např. opakováním slov, čtením jednoduchých vět nahlas, psaním, ale i tím, že klient rozumí našim pokynům. Hry procvičující tyto funkce jsou např. Amos, kde se skládají z písmenek slova či podobné Scrabble.

Každá z těchto her působí komplexně na funkce klienta a je jen na ergoterapeutovi jaké úkoly či hry klientovi k řešení nabídne. Důležitost těchto úkolů a her nespočívá pouze v jejich podstatě posílit jednotlivé funkce klienta, ale i v tom, odpoutat klienta od nepříznivých vlivů nemoci. Jednoduše ho vytrhnout z každodenní rutiny zdravotnického zařízení a snažit se tak posilovat jeho psychickou rovnováhu.



Obr. č. 8 – Kognitivní hry – puzzle

Fatické funkce se v rámci ergoterapie Kliniky rehabilitace FN Motol rozvíjely cíleně, zatímco na Klinice pro neurologickou rehabilitaci pouze jako součást rehabilitace. Na rozvoj kognitivních funkcí byl kladen na obou praxích stejný důraz. Rozdílnost je pouze v množství pomůcek. Skutečnost, že ergoterapeuti Kliniky pro neurologickou rehabilitaci v Regensburgu měli v ergoterapeutické místnosti větší množství pomůcek rozvíjejících kognitivní a fatické funkce než ergoterapeuti FN Motol, vychází i z faktu, že v této místnosti probíhala terapie např. i 7 – 10 klientů najednou, zatímco v ergoterapeutické místnosti Kliniky rehabilitace maximálně dvou klientů.

11.1.4 Výtvarné a kreativní techniky

Mezi výtvarné a kreativní techniky je možno opět zařadit vše, co se pod tímto označením vybaví. Procvičuje se jimi především jemná motorika, představivost, kreativita a koncentrace. Jejich hlavní význam ale opět spočívá v relaxaci, kterou např. při dlouhodobé hospitalizaci klientovi bezpochyby přináší.

Na Klinice pro neurologickou rehabilitaci v Regensburgu jsme především pletli s klienty košíky, malovali na hedvábí, malovali speciálními barvami na folii. Všechny své výrobky si poté klienti odnesli domů či je mohli jako dáreček věnovat svým příbuzným.

Na Klinice rehabilitace FN Motol jsme skládali „origami“, rovněž malovali na folii či na sklo. Kreativní techniky zde však ergoterapeutky s klienty nedělají tak často, jako tomu bylo v Regensburgu.

11.2 Skupinová práce s klientem

FN Motol

Skupinově pracovaly ergoterapeutky FN Motol s klienty v rámci **skupiny vaření**. Této skupiny se účastnilo zhruba 5 klientů, ergoterapeutky naplánovaly, co se bude vařit, a potřebné suroviny nakoupily. Za dobu mé třítydenní praxe proběhly dvě skupiny vaření - poprvé jsme dělali „jednohubky“ s česnekovou a sýrovou pomazánkou, podruhé jsme pekli jablečný závin. Skupina vaření probíhala v ergoterapeutické kuchyni (viz obr. č. 11).



Obr. č. 11 – Ergoterapeutická kuchyň Kliniky rehabilitace FN Motol

BKH Regensburg

V rámci ergoterapie zde probíhalo několik skupinových terapií:

- ergo skupina,
- skupina práce se dřevem,
- skupina práce na zahradě,
- skupina vaření,
- motomed skupina,
- AOT trénink,
- skupina nakupování.

Ergo skupina

Skupina, které se účastnilo přibližně 4 až 5 klientů podobné kognitivní úrovně. Tito klienti většinou ve dvojicích přemýšleli nad nějakým problémem. Např. měli dle zadání sestavit nějaký časový plán, velice často pracovali s materiálem „Verena Schweizer“ – materiál pro neurotrénink. Pokud bylo hezké počasí, šli jsme často ven házet s míčem či na procházku. Skupinu vedl jeden ergoterapeut a většinou mu pomáhal účastník programu „Freiwilliges Soziales Jahr“ – Dobrovolný sociální rok, skupina probíhala hodinu jedenkrát týdně v ergoterapeutické místnosti.

Pozitivum těchto ergoskupin je především v interaktivní práci mezi klienty. Důležité pro klienta je rovněž uvědomění, že není jediný, který má nějaké obtíže. Ergoterapeut neměl možnost věnovat se klientům tak individuálně, to však vedlo ke zvýšení jejich samostatnosti.

Skupina práce se dřevem

Skupiny se účastnili 2-3 motoricky schopní klienti, kteří byli pod vedením ergoterapeuta a FSJ. Většinou vytvořili technický výkres, podle kterého zhotovili nějakou pomůcku do ergoterapeutické místnosti. Tato skupina rozvíjela jak motorické, fatické, kognitivní funkce, aj. Především umožnila většinou mužským klientům odreagovat se a zapomenout na svoje potíže. Skupina probíhala v ergoterapeutické dílně pro práci se dřevem (viz obr. č. 12).



Obr. č. 12 – Ergoterapeutická dílna pro práci se dřevem Kliniky pro neurologickou rehabilitaci BKH Regensburg

Skupina práce na zahrádě

Na zahrádce se pěstovala jak zelenina, tak ovoce, o které se starali zejména ambulantní klienti pod vedením ergoterapeuta. Plodiny se využívaly na skupině vaření.

Skupina nakupování a vaření

Tyto skupiny jsou spolu velice propojeny. Vaření si museli klienti naplánovat již od nákupu surovin, a tak vždy v pondělí proběhlo zhruba půl hodinové sezení s klienty, kteří se měli ve středu účastnit skupiny vaření. Na tomto sezení se společně naplánovalo, co se bude vařit a jaké suroviny jsou k dispozici, jaké se musí nakoupit. V úterý doprovodili většinou dvě FSJ klienty do blízké samoobsluhy. Pokud nebyli klienti schopni do obchodu dojít či dojet, objednala se pro všechny automobilová služba, která fungovala pro potřeby kliniky. V obchodě se museli klienti sami orientovat a nakoupit vše, co bylo potřeba. Nakonec zaplatili z peněz vyhrazených pro ergoterapii na potřeby této skupiny a jeli zpět na kliniku. Ve středu od 11.00 – 12.30 hod. klienti za pomoci ergoterapeuta a FSJ vařili, co bylo naplánováno. Strava musela splňovat podmínky diet jednotlivých klientů. Ergoterapeut den předem odhlásil na stanici oběd právě pro tyto klienty.



Obr. č. 13 – Ergoterapeutická kuchyň Kliniky pro neurologickou rehabilitaci BKH Regensburg

Motomed skupina

Skupina probíhající na motomedech (dalo by se připodobnit k jízdniému kolu, s tím, že klient sedí na mechanickém vozíčku) ve fyzioterapii, účastnili se jí 2-4 klienti. Mimo jiné pro podporu komunikace mezi klienty.

AOT trénink

Tento trénink probíhal jedenkrát týdně odpoledne a byl určen pro klienty, kteří na tom byli po zdravotní stránce již velice dobře. Skupiny se účastnilo zhruba 5 klientů a společně s terapeutem a FSJ jeli do Regensburgu. Pokud zdravotní stav klientů dovolil, dopravili se do města MHD, pokud ne, objednala se již zmiňovaná automobilová doprava sloužící pro účely kliniky. Trénink sloužil především k tomu, aby si klienti znovu zvykli na ruch města a především na to, že zde „venku“ k nim nebude okolí přistupovat tak ohleduplně. Ve městě společně strávili 2,5 hodiny. Pokud si klienti potřebovali něco nakoupit, šli do nákupního centra, jindy se šli podívat do muzea, či jen tak do města a poté na zmrzlinu či na kávu. Vše bylo přizpůsobeno zdravotnímu stavu a možnostem klientů.

Skupinová práce s klienty BKH Regensburg a FN Motol se dle mého názoru nedá porovnávat. Je na první pohled zřejmé, že Klinika pro neurologickou rehabilitaci umožnila klientům větší variabilitu skupinové práce než Klinika rehabilitace FN Motol. Je však nutno dodat, že především personální možnosti této kliniky, co se týká ergoterapie, jsou podstatně rozdílné.

V této části práce byly tedy nastíněny některé individuální a skupinové metody práce s klientem v rámci ergoterapie, které mu pomáhají zvýšit jeho samostatnost tak, jak to jeho zdravotní stav dovolí.

12 Přínos ergoterapie pro obnovení samostatnosti klienta

Ve výše uvedených kapitolách jsem se zmínila o zdravotním stavu některých klientů, kteří v rámci své hospitalizace ve zdravotnickém zařízení spolupracovali s ergoterapeutem, o ergoterapeutických záznamech těchto klientů a o možných terapeutických metodách, které ergoterapie využívá. Nyní bude konkrétně uvedeno, jakých metod jsem při práci s těmito klienty na doporučení ergoterapeuta užívala, následované shrnutím, zda celkové působení ergoterapie napomohlo zvýšit klientovu samostatnost či nikoli.

12.1 Klienti Krajské kliniky v Regensburgu

Ergoterapeutické zprávy těchto klientů obsahují vytyčené cíle terapie při příjmu klienta, které jsou porovnány se závěrečnou zprávou. Je tedy zřejmé, zda bylo těchto cílů dosaženo či nikoli.

Všichni tři klienti byli hospitalizováni během mé praxe na ergoterapii a propuštění před mým odchodem. Měla jsem tedy možnost aktivně se zapojit do celé jejich terapie či jí přinejmenším přihlížet.

Pan A., *1937

Pan A. byl hospitalizován na Klinice neurologické rehabilitace Krajské kliniky v Regensburgu po mozkové příhodě. Nemoc postihla pravou polovinu mozku, jeho submisivní strana byla tedy levá (hemipareza). Cílem jeho terapie bylo na základě ranního tréninku soběstačnosti a motoricko-funkční terapie zlepšit celkovou koordinaci těla, přičemž zvýšená pozornost byla při cvičení věnována levé části těla, a dále získat co největší samostatnost při mytí a oblékání a zlepšit koncentraci.

S klientem jsem každé ráno procvičovala samostatnost při ranní hygieně v rámci ranní terapie „Selbshilfe“. Zpočátku mu činilo obtíže např. oblékání či to, jak pouze s pravou rukou otevřít pastu. Poté, co jsem mu ukázala, jak lze tyto sebeobslužné činnosti zvládnout s použitím zdravé pravé ruky a parezní levé, nečinily mu tyto činnosti nadále obtíže.

Klient byl propuštěn zhruba po měsíci, poté docházel na kliniku ambulantně.

Nejen v důsledku cvičení a konzultací s ergoterapeutem se zvýšila samostatnost pana A. takto: zvládá aktivity všedního dne; je schopen chůze; je schopen vyšší koncentrace; zvládá vyšší zatížení, potřebuje však častější pauzy, aby se mohl krátce vydýchat.

Pan K., *1955

Pan K. byl hospitalizován na Klinice neurologické rehabilitace Krajské kliniky v Regensburgu z důvodu neúplného příčného řezu, ochrnutí ve výši BWK 7/8. Několik dní po operaci byl téměř nehybný. Cílem jeho terapie bylo na základě motoricko-funkční individuální terapie a terapie za pomoci „Help-arm“ zlepšit a aktivizovat svalstvo především v pravé části trupu a břicha, zvýšit pohybový rozsah a sílu v obou horních končetinách, snažit se o samostatný postoj a jistější chůzi bez pomoci kompenzačních pomůcek, zvýšit možnost zatížení a dosáhnout větší výdrže.

S klientem jsem měla za úkol procvičovat obě horní končetiny, z počátku za pomoci „Help-arm“. Touto technikou jsme pracovali zhruba tři týdny, poté jsme začali s jednoduchými cviky bez pomoci tohoto aparátu. Funkčnost obou rukou se zhruba během dvou měsíců velice zlepšila, naše pozornost se zaměřila na zesílení muskulatury obou horních končetin za pomoci „Terra-bandu“. Na konci terapie, tedy více než po třech měsících, byl klient schopen např. i hrát badminton.

Nejen v důsledku cvičení a konzultací s ergoterapeutem se zvýšila samostatnost pana K. takto: je schopen jakkoli měnit polohy bez pomoci, zvládá chůzi bez kompenzačních pomůcek, v obou horních končetinách se nevyskytuje žádné větší omezení ohledně síly a jemné motoriky, zvládá vyšší zatížení, ovšem při 45 minutové motoricko-funkční terapii je možnost zatížení ještě lehce omezena.

Pan K., *1939

Pan K. byl hospitalizován na Klinice neurologické rehabilitace Krajské kliniky v Regensburgu z důvodu náhlé obrny končetin – tetraparezy. Cílem jeho terapie bylo na základě motoricko-funkční individuální terapie podle Bobath konceptu a terapie za pomoci „Help-arm“ udržet/rozšířit pasivní pohybový rozsah všech končetin, zesílit svalstvo trupu s cílem dosáhnout samostatného statického a dynamického sedu, usnadnit transfer na základě zlepšení předklonu horní poloviny těla, připravit funkčnost horních končetin a zvýšit možnost zatížení.

S klientem jsem měla za úkol procvičovat obě horní končetiny za pomoci „Help-arm“. Přesto, že jednotlivé terapie, které pan K. absolvoval, byly velice intenzivní, jeho vážný zdravotní stav mu neumožnil dělat v rámci cvičení větších pokroků. Přesto se funkčnost končetin zhruba po třech měsících cvičení nejen v rámci ergoterapie ale i jiných terapií o něco málo zvýšila. Dále došlo k posílení svalstva trupu tak dalece, že byl klient schopen narovnat

horní polovinu těla, díky této skutečnosti se např. usnadnil transfer. Klient tedy opustil kliniku po více než třech měsících léčby, jeho zdravotní stav byl však natolik vážný, že pravděpodobně již nikdy nebude samostatný, přesto, že kognitivně je naprosto v pořádku.

12.2 Klienti FN Motol

Ergoterapeut FN Motol sepisuje pouze klientovu přijímací zprávu nikoli propouštěcí, z tohoto důvodu nemohu objektivně dle ergoterapeutických záznamů porovnat zdravotní stav klientů při přijetí a propuštění z péče. Na základě těchto skutečností srovnám klientovu přijímací zprávu a jeho zdravotní stav v době ukončení mé třítydenní blokové praxe tak, jak se mi jevil.

Všichni tři klienti byli hospitalizováni již před začátkem mé praxe na ergoterapii a jejich hospitalizace pokračovala i po mém odchodu. Měla jsem však možnost aktivně se zapojit do jejich terapie či jí přinejmenším přihlížet.

Pan M., *1974

Pan M. byl hospitalizován na lůžkovém oddělení Kliniky rehabilitace FN Motol po akutní ischemické cévní mozkové příhodě s pravostrannou těžkou hemiparezou a expresivní afázií. Ergoterapeutický plán obsahoval trénink řečových funkcí a nácvik zapojení pravé horní končetiny.

S klientem jsem pod vedením ergoterapeutky procvičovala řeč, vyjadřování, koncentraci, pozornost a prováděla rehabilitační metody pravé horní končetiny – masáže, placing, stimulaci čítí.

Během tří týdnů terapie, kterých jsem měla možnost se účastnit, se nejen díky působení ergoterapeuta zvýšila samostatnost klienta především v oblasti fatických funkcí. Pan M. již mohl, i když s obtížemi, vyjádřit své přání, myšlenku, komentář. Výrazně se zlepšilo čtení, samostatné tvoření či skládání slov mu ještě činilo obtíže. Pravá horní končetina byla stále plegická, otok však ustupoval.

Pan S., *1964

Pan S. byl hospitalizován na spinální jednotce Kliniky rehabilitace FN Motol z důvodu rehabilitace po autonehodě - klinicky susp. míšní léze C8, Th1. Dle CT, luxační fraktura C7/Th1 s kompresí těla Th1, subluxace C7T1 vpravo luxace vlevo, fa oblouku C6 bilat. Od dne autonehody, kdy byl zdravotní stav klienta velice vážný, do 7.3. (poslední den mé praxe) se stav klienta nevídaně zlepšil. Ergoterapeutický plán obsahoval posílení horních končetin a trénink ADL.

Při terapii klienta jsem ergoterapeutce asistovala v rámci tréninku ADL, při nácviku úchopů, při práci s terapeutickou hmotou a posilování horních končetin.

Během tří týdnů terapie, kterých jsem měla možnost se účastnit, se nejen díky působení ergoterapeuta zvýšila samostatnost klienta především v oblasti tréninku ADL – přesuny již nečinily panu S. z důvodu posílení muskulatury horních končetin žádné obtíže, oblékání již nebylo takovým problémem.

Pan Š., *1988

Pan Š. byl hospitalizován na lůžkovém oddělení Kliniky rehabilitace FN Motol z důvodu rehabilitace po autonehodě – kontuzní poranění CNS, traumat. edém mozku. Ergoterapeutický plán obsahoval procvičování horních končetin, uvolňování spasticity zejména levé horní končetiny, trénink úchopů, trénink cílených pohybů, trénink kognitivních funkcí (krátkodobá a dlouhodobá paměť...).

S klientem jsem pod vedením ergoterapeutky procvičovala pasivní i aktivní pohyby horních končetin, placing, úchopy a především kognitivní funkce.

Během tří týdnů terapie, kterých jsem měla možnost se účastnit, se nejen díky působení ergoterapeuta částečně zvýšila samostatnost klienta v oblasti kognitivních funkcí, dále byl zvětšen rozsah pasivních pohybů levé horní končetiny. Zdravotní stav klienta je však natolik závažný, že na základě rehabilitace nemůže činit tak velké pokroky.

Na základě ergoterapeutických dokumentů, které mi byly poskytnuty, jsem se tedy snažila objektivně zhodnotit zdravotní stav klienta a jeho samostatnost na začátku rehabilitace a na jejím konci či v průběhu. Nutno dodat, že na jakékoli změně klientova stavu se vždy podílel z největší části klient sám, s podporou zdravotnického personálu a terapeutů (především fyzioterapie a ergoterapie). Každá z těchto složek komplexní péče se snažila na klienta působit ze svého úhlu pohledu práce. Ergoterapie např. cíleně působila na trénink ADL či na posílení kognitivních a fatických funkcí, což celkově vedlo k podpoře samostatnosti klienta.

Stejně tak, jako je důležité objektivní zhodnocení samostatnosti klienta, ať na základě lékařských, terapeutických zpráv či standardizovaných testů soběstačnosti – např. FIM, Bartel, má rovněž důležitou hodnotu výpověď samotného klienta, který sám pocítí, zda se jeho samostatnost na základě působení ergoterapeuta zvýšila, snížila či zůstala stejná.

12.3 Subjektivní zhodnocení přínosu ergoterapie pro samostatnost jedince několika klienty

Zda měla ergoterapie ve vztahu k samostatnosti pro klienta nějaký význam či nikoli hodnotilo celkem 12 klientů spinální jednotky a lůžkové části Kliniky rehabilitace FN Motol na základě metody strukturovaného rozhovoru – „Přínos ergoterapie pro samostatnost klienta“ (viz Příloha N). Strukturované rozhovory probíhaly s klienty v průběhu mé praxe ve FN Motol od 28.2 do 7.3. 2008. Jednalo se o klienty, kteří byli na těchto odděleních hospitalizováni minimálně týden, v mnoha případech se však jednalo i o časový úsek několika měsíců, byli tedy schopni říci, zda jim ergoterapie v samostatnosti pomohla či nikoli.

Rozhovor byl veden se šesti muži ve věku od 19 do 43 let a šesti ženami ve věku od 23 do 74 let. Byli hospitalizováni z různých důvodů, muži především po úrazech páteře a míchy, ženy po operaci páteře, vyhřezlých plotýnek, ale také z důvodu Fridrichovy ataxie či ataky roztroušené sklerózy. S ergoterapeutem začali rehabilitovat téměř vždy den či dva po příjmu na oddělení.

V rozhovoru byla zaměřena pozornost na základní oblasti terapie, kterými ergoterapeut disponuje – tedy nácvik ADL (oblékání/svlékání, sprchování, koupání, toaleta, přesuny, práce v kuchyni), trénink jemné a hrubé motoriky, procvičování kognitivních a fatických funkcí a doporučení kompenzačních pomůcek. Jak již bylo řečeno, klienti byli hospitalizováni na odděleních z různých důvodů, tudíž i jejich terapie byla zaměřena tak, jak jejich aktuální zdravotní stav vyžadoval. Přesto, že je součástí strukturovaného rozhovoru např. otázka zda ovlivnila ergoterapie paměť, koncentraci a logiku klienta, klient na tuto otázku neodpovídal, pokud s touto oblastí neměl žádné obtíže. Klientovi byly tedy položeny všechny otázky rozhovoru, odpověděl pouze na ty, které se týkaly jeho zdravotního stavu.

Otázky jsou koncipovány tak, aby vedly klienty k uvědomění, jak se jejich samostatnost zvýšila/zůstala stejná/zhoršila právě v jednotlivých oblastech působení ergoterapie. Poté, co klient uváží, zda měla ergoterapie vliv na jeho samostatnost v dílčích činnostech, je položena otázka, na jejímž základě klient zhodnotí, zda vnímá ještě nějaké obtíže, co se týká jeho zdravotního stavu. Cílem všech těchto otázek bylo to, aby se klient zamyslel nad

ergoterapeutickými metodami a nad jejich případným vlivem na jeho samostatnost. Z tohoto hlediska je nejdůležitější otázka číslo 14.: „Domníváte se, že se celkově Vaše samostatnost od hospitalizace až doposud díky působení ergoterapie zlepšila/zhoršila/zůstala stejná?“.

Za nejdůležitější otázky tohoto strukturovaného rozhovoru z důvodů, které byly vysvětleny výše, tedy považuji otázky číslo 13., kdy klient hodnotí, co se během ergoterapie nenaučil a chtěl se naučit, již zmíněná otázka číslo 14. a konečně číslo 15., kde se klient může svobodně o ergoterapii vyjádřit.

Otázka číslo 13. – „Co jste se během ergoterapie nenaučil/a a chtěl/a jste se naučit?“

Odpovědi muži: pět z šesti dotázaných odpovědělo, že se vše potřebné naučili, jeden odpověděl, že by rád zvýšil svoji samostatnost na toaletě a ve sprše.

Odpovědi ženy: šest z šesti dotázaných žen odpovědělo, že se naučily vše potřebné.

Otázka číslo 14. – „Domníváte se, že se celkově Vaše samostatnost od hospitalizace až doposud díky působení ergoterapie zlepšila/zhoršila/zůstala stejná?“.

Všichni respondenti odpověděli, že se jejich samostatnost od hospitalizace zlepšila, mnoho klientů z dotázaných dodalo, že se jejich samostatnost díky působení ergoterapie „určitě zlepšila“ či „hodně zlepšila“.

Otázka číslo 15. – „Chcete ještě něco dodat, co se týká Vaší ergoterapeutické rehabilitace?“

Odpovědi muži: „Velká odměna slečně ergoterapeutce, návrh zvýšení platu o 50% minimálně!“

„Je to zajímavé.“

„Je to sympatické.“

Odpovědi ženy: „Možno častěji a déle, baví mě to.“

„Spokojenost se vším.“

„Velice moc děkuji za poradu a pomoc.“

„Hodná ergoterapeutka, vše mě naučila.“

Cílem tohoto strukturovaného rozhovoru nebyl sběr statistických dat ale pouze nastínění problematiky. Údaje, které zde publikuji se vztahují k dané 12ti členné skupině klientů a nelze je zobecnit či aplikovat na skupinu všech lidí s podobným zdravotním stavem.

ZÁVĚR

Předkládaná bakalářská práce se snaží vytvořit ucelený pohled na ergoterapii, porovnává praxi ve vybraných zařízeních v ČR a v Německu, snaží se objektivně zhodnotit na základě ergoterapeutických záznamů vliv ergoterapie na samostatnost klienta a přináší subjektivní hodnocení vlivu ergoterapie i úzkou skupinou klientů.

Na základě faktů, uvedených v teoretické části práce, týkajících se historie a tradice ergoterapie bylo předpokládáno, že ergoterapeutická praxe v oblasti zdravotnických rehabilitačních zařízení v Německu bude na vyšší úrovni než v ČR. Nutno konstatovat, že závěr není tak jednoznačný. Ergoterapie v Německu má vskutku větší tradici, její ukotvení v zákonech sahá do sedmdesátých let 20. stol., zatímco v našich zákonech je spíše novodobou záležitostí posledních pěti až deseti let. V Německu bylo k 1.1. 2004 evidováno 171 ergoterapeutických vzdělávacích zařízení různého typu studia, zatímco u nás se ergoterapie vyučuje zhruba na pěti vzdělávacích institucích. Nejen tyto příklady jsou důkazem toho, že tradice ergoterapie v Německu je tedy skutečně delší než v ČR. Při porovnání ergoterapeutické praxe na BKH Regensburg a ve FN Motol však bylo zjištěno, že co se týká používání ergoterapeutických metod, praxe v obou zařízeních se téměř neliší. Obě rehabilitační kliniky kladou důraz např. na trénink ADL či posilování kognitivních a fatických funkcí. Tato zařízení se odlišují především organizací práce ergoterapeutů, která vychází nejen z nich samotných ale především z vedení dané kliniky, případně celého areálu. Ergoterapeuti obou zařízení odvádějí svoji práci velice dobře. Na Krajské klinice v Regensburgu je ergoterapie nedílnou a plnohodnotnou součástí sekundární rehabilitace klienta, ve FN Motol není zatím ergoterapii jako součásti sekundární rehabilitace klienta přiřazován takový význam.

Zatímco na Klinice pro neurologickou rehabilitaci v Regensburgu se ergoterapeut vyjadřuje ke zdravotnímu stavu klienta a k pokrokům, kterých klient v terapii dosáhne, při každé vizitě, na Klinice rehabilitace v Motole se na pokračování ergoterapie zeptají lékaři velice zřídka. V rámci Kliniky pro neurologickou rehabilitaci působí asi 15 ergoterapeutů na zhruba 130 klientů, celkově na všech klinikách Krajské kliniky v Regensburgu je počet ergoterapeutů mnohem vyšší. Ve FN Motol jsou pouze 2 ergoterapeuti na zhruba 50 klientů, přičemž toto je celkový počet ergoterapeutů v části pro dospělé FN Motol. Znamená to tedy, že např. na neurologickém oddělení, kde leží převážně klienti po centrálních mozkových příhodách a kde by byla ergoterapie velice potřebná, není ergoterapeut žádný. Pacient se tedy o možné ergoterapii často vůbec ani nedozví.

V používání metod a v přístupu ergoterapeutů ke klientovi se práce v obou srovnávaných zařízeních téměř vůbec neliší, rozdíly jsou především v uznání práce ergoterapeuta.

V úvodu práce byla vyslovena hypotéza, že po porovnání zdravotního stavu klienta, jeho ergoterapeutických záznamů před působením ergoterapie a během či po jejím působení, vyplyne, že ergoterapie by měla být nedílnou součástí sekundární péče o klienta. Bylo předpokládáno, že jejím působením se zdravotní stav klienta, a tedy i jeho samostatnostlepší.

Při porovnání ergoterapeutických záznamů klientů či po objektivním několikátýdenním pozorování zdravotního stavu klienta je zřejmé, že se ve většině případů jako výsledek působení práce ergoterapeuta samostatnost klienta skutečně zvýší.

Subjektivně hodnotili vliv ergoterapie na samostatnost i sami klienti na základě strukturovaného rozhovoru. Všech 12 respondentů odpovědělo, že ergoterapie měla pozitivní vliv na jejich samostatnost.

Samozřejmě během své hospitalizace ve zdravotnických zařízeních spolupracuje klient i s ostatními terapeuty. Nelze tedy říci, že se zdravotní stav klientů lepší pouze v důsledku působení ergoterapie, ale následkem komplexní péče o klienta.

Ze všech výše uvedených skutečností tedy vyplývá, že ergoterapie svůj význam bezpochyby má a měla být tedy nedílnou součástí sekundární péče o klienta.

Shrnutí

Ergoterapie, její přínos pro obnovení samostatnosti klienta – srovnání péče v České republice
a v Německu

Ergotherapy, its Contribution to Restoring Client's Independence – Comparison of Care in the
Czech Republic and Germany

Monika Radová

Shrnutí v českém jazyce:

V teoretické části předkládané bakalářské práce je představena ergoterapie jako obor – pozornost je věnována definicím, vývoji, cílům a prostředkům, osobnosti ergoterapeuta, zákonům, které ergoterapii vymezují, vztahu rehabilitace a ergoterapie. Na základě údajů uvedených v této části práce vyplynulo, že ergoterapie v Německu má skutečně delší tradici než ergoterapie v ČR.

Praktická část předkládané bakalářské práce se zabývá popisem dvou konkrétních rehabilitačních zdravotnických zařízení v Německu a v ČR. Jsou uvedeny případy vybraných klientů a popsány některé metody, se kterými ergoterapie pracuje. Je porovnána úroveň ergoterapie dvou konkrétních zdravotnických zařízení a objektivně zhodnocen vliv ergoterapie na samostatnost klienta, tento vliv subjektivně hodnotí i klienti sami.

S přihlédnutím především k ekonomickým možnostem Německa a k organizaci ergoterapeutické rehabilitace na Klinice pro neurologickou rehabilitaci Krajské kliniky v Regensburgu vyplynulo, že ergoterapeutická praxe probíhající v tomto zařízení je skutečně na vyšší úrovni než ergoterapeutická praxe probíhající na Klinice rehabilitace FN Motol v Praze. Po celkovém srovnání systémů poskytování ergoterapeutické rehabilitace v těchto zařízeních je tedy úroveň ergoterapie na Krajské klinice v Regensburgu vyšší než ve FN Motol v Praze. Ovšem při srovnání metod používaných v rámci ergoterapie v obou zařízeních se úroveň poskytované ergoterapeutické péče téměř neliší.

Z porovnání zdravotního stavu klienta před působením ergoterapie a během či po jejím působení vyplynulo, že se zdravotní stav a tudíž i samostatnost klienta téměř vždy zvýší. Subjektivně zhodnotilo tento vliv ergoterapie na samostatnost klienta i 12 respondentů, kteří

dospěli ke stejnému názoru. Ergoterapie by tedy měla být plnohodnotnou a nedílnou součástí sekundární rehabilitační péče o klienta.

Summary:

The theoretical part of the Bachelor's Thesis introduces ergotherapy as a field – attention is paid to definitions, development, goals and means, personality of the ergotherapist, laws, which define ergotherapy, relationship of physiotherapy and ergotherapy. Based on information included in this part, it was concluded that ergotherapy in Germany indeed has a longer tradition than ergotherapy in the Czech Republic.

The practical part of the Bachelor's Thesis deals with a description of two specific physiotherapeutic medical facilities in Germany and the Czech Republic. It includes cases of selected clients and describes some of the methods used in ergotherapy. It compares the level of ergotherapy in two specific medical facilities and objectively evaluates the importance of ergotherapy for client's independence. This importance is also evaluated subjectively, by the clients themselves.

With regard to the economic means of Germany and the organization of ergotherapeutic physiotherapy at the Clinic of Neurological Physiotherapy at the Regional Clinic in Regensburg, it followed that ergotherapeutic practice, which takes place in this facility is indeed at a higher level than the ergotherapeutic practice taking place at the Clinic of Physiotherapy at the Motol University Hospital in Prague. An overall comparison of the systems of provision of ergotherapeutic physiotherapy in these facilities shows that the level of ergotherapy at the Regional Clinic in Regensburg is higher than at the Motol University Hospital in Prague. However, a comparison of the methods used within ergotherapy in both establishments shows that the level of ergotherapeutic care provided is nearly the same.

A comparison of the health condition of clients before the effects of ergotherapy, and during or after its effects concluded that the health condition, and thus also client's independence, nearly always increases. These effects of ergotherapy on client's independence were evaluated subjectively by the 12 respondents, who came to the same conclusion. Ergotherapy shall therefore constitute a full-valued and integral part of secondary physiotherapeutic client care.

Seznam použité literatury:

- [1] **CARRARO, L.:** *Obnova pohybu po cévní mozkové příhodě.* Praha: Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK 2002.
- [2] **KLIVAR, M.:** *Ergoterapie mladistvých.* Praha: BAL-EAST 2003.
ISBN 80-86383-17-2
- [3] **KLUSOŇOVÁ, E., ŠPIČKOVÁ, J.:** *Ergoterapie I – Učebnice pro zdravotnické školy.* Praha: Avicenum 1988. ISBN 80-201-0030-X
- [4] **LIPPERTOVÁ-GRŮNEROVÁ, M.:** *Neurorehabilitace.* Praha: Galen 2005.
ISBN 80-7262-317-6
- [5] **MIESEN, M. a kol.německých ergoterapeutů.:** *Berufsprofil Ergotherapie.* Idstein: DOVE 2004. ISBN 3-8248-0466-2
- [6] **PFEIFFER, J.:** *Ergoterapie II – Učebnice pro zdravotnické školy.* Praha: Avicenum 1990. ISBN 80-201-0004-0
- [7] **PIPEKOVÁ, J.:** *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* Brno: Paido 2006.
ISBN 80-7315-120-0
- [8] **RADOVÁ, M.:** *Absolventská práce VOŠ – Ergoterapie, její vývoj a uplatnění v ČR a v Německu.* Praha 2008
- [9] **VOTAVA, J. a kol.:** *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením.* Praha: Karolinum 2003. ISBN 80-246-0708-5
- [10] **BARTOŠÍKOVÁ, I., VOŘÍŠEK, R.:** *Příručka pro nízkoprahové terapeutky.* Boskovice: Albert 1998. ISBN 80-85834-57-X
- [11] **JANKOVSKÝ, J.:** *Etika pro pomáhající profese.* Praha: Triton 2003.
ISBN 80-7254-329-6
- [12] **KÁBELE, F., KOLLÁROVÁ, E., KOČÍ, J., KRACÍK, J.:** *Somatopedie.* Praha: UK 1992. ISBN 80-7066-533-5
- [13] **VÁGNEROVÁ, M.:** *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál 1999. ISBN 80-7178-214-9
- [14] Složka k předmětu „Úvod do ergoterapie“ – bakalářské studium ergoterapie 1. ročník.
Praha: 1. LF UK Klinika rehabilitačního lékařství
- [15] Kolektiv autorů KRL Albertov – PowerPoint prezentace: *Úvod do ergoterapie 05-06.*
1LF UK – Spec. ve zdravotnictví – obor Ergoterapie, výukový materiál
- [16] Záznam z přednášek 1. LF UK, Spec. ve zdravotnictví – obor Ergoterapie, *Profesní profil ergoterapeuta.* Výukový materiál

Internetové zdroje:

- [1] www.ergoterapie.org
- [2] www.sagit.cz
- [3] www.mzcr.cz
- [4] www.msmt.cz
- [5] www.medbo.de
- [6] www.fnmotol.cz

Seznam příloh:

Příloha A – Rámce vztahů pro ergoterapeutickou praxi	I
Příloha B – Etický kodex ergoterapeuta.....	III
Příloha C – Standardy praxe České asociace ergoterapeutů	IV
Příloha D – Některé zákony vymezující obor ergoterapie v ČR.....	VII
Příloha E – Přehled jednotlivých částí zákona, které vymezují obor ergoterapie v Německu.....	X
Příloha F – Seznam zdravotních výkonů pro obor ergoterapie a vysvětlení základních pojmů použitých v tomto seznamu	XI
Příloha G – „Dienstleistungszeugnis“ (Pracovní osvědčení), překlad tohoto osvědčení	XIV
Příloha H – Kontrakt mezi subjekty odborné praxe a Hodnocení studenta organizací praxe.....	XVIII
Příloha I – Struktura organizace jednotlivých oddělení BKH Regensburg.....	XXI
Příloha J – Týdenní plán FSJ ergoterapeuta na Klinice pro neurologickou rehabilitaci BKH Regensburg.....	XXII
Příloha K – Struktura organizace FN Motol	XXIII
Příloha L – Závěrečné ergoterapeutické zprávy klientů Kliniky pro neurologickou rehabilitaci BKH Regensburg.....	XXIV
Příloha M – Některé z možných pracovních listů posilující kognitivní funkce	XXXII
Příloha N – Strukturovaný rozhovor – Přínos ergoterapie pro samostatnost klienta	XLI

Příloha A – Rámce vztahů pro ergoterapeutickou praxi

Rámce vztahů pro ergoterapeutickou praxi

Rámec vztahů	Teoretické základy	Podstata dysfunkce	Hodnocení	Léčebné možnosti	Zásadníci
Behaviorální	Psychologie: učení probíhá na základě interakce s podporujícím prostředím	Nedostatek dovednosti	Seznam dovedností, pozorování	Potřeba cvičit dovednosti, aby se zlepšilo učení. Za podpory provádět: představování si, řetězení, analýza činnosti, zpětná vazba	Watson, Skinner, Sullivan
Biomechanický	Fyzikální vědy: kinetika, kinematika, medicína	Deficit v rozsahu pohybu, síle a výdrž	Vyšetření rozsahu pohybu, svalový test, test výdrže	Snižit deficit pomocí přímého léčebného procesu příčina -důsledek, cvičení, aktivity	Trombley
Kognitivní	Biologická psychiatrie, neurovědy: řízení vlastního chování podle individuálních cílů a kognitivních schopností	Úroveň kognitivních funkcí charakterizuje rozdíly v chování, motorických úkonech, vědomí a uvědomování si, cílech, procesech a tempu.	Analýza činnosti: výběr a modifikace podle pacientových schopností	Provádět činnosti, které odpovídají úrovni kognitivních funkcí -přizpůsobení prostředí (kompenzace)	Allen
Vývojový	Psychologie: lidský vývoj a dozrávání probíhá postupně v podporujícím prostředí	Opoždění vývoje, stresem indukovaná regrese	Stanovení vývojového stupně, adaptivní chování, rozsah funkcí	Pozměnit ty součásti prostředí, které souvisí s danou aktivitou tak abychom dosáhly vhodného chování. Vyvířet prostředí, které podporuje vývoj	Ayres, Liorens, Arieti, Plaget, Freude, Erickson
Neurovývojový	Psychologie, neurovědy: normalizace a integrace biologických procesů	Ponucha (impairment) schopnosti zpracovávat informace přijímané z prostředí a konat na jejich základě	Identifikovat deficity ve zpracovávání	Tlumit nebo povzbuzovat neuronální mechanismy, speciální techniky a zařízení k normalizaci biologických procesů	Ayres, Willbarger, Bobath, Rood, King, Huss, Farber, Knickerbocker

Sensomotorický	Vývoj, neurovědy: vztah mezi senzory a motorikou a nervovou integrací	Percepční motorické deficity, neschopnost zpracovávat senzory a motorickou odpověď, abnormální motorické problémy a problémy v učení	Testování percepce, pozorování	Ayres, deQuiros
Lidské zaměstnávání: Chování vzhledem k zaměstnávání (Human occupational-behavior)	Všeobecné systémové teorie, sociologie: řízení sebe sama směrem k dosažení požadavků role	Problémy s rolemi, pravidly, návyky a dovednostmi potřebnými k fungování ve společnosti, z pohledu vlivu (volitional), návyků (habituation) a součástí konání (performance components)	Rozhovor, přehled využívání času a jednotlivých aktivit, pozorování během úkolů, analýza případů	Boulding, Bruner, von Bertalanffy, Reilly, Kielhofner, Shannon
Rehabilitační	Medicina, fyzikální vědy: celková kapacita každého individua založena na vyšetření jednotlivých částí	Deficit v tělesných, sociálních, pracovních a ekonomických aspektech života	Vyšetření deficitů a schopností v běžných denních činnostech, pracovních a rekreačních aktivitách a zhodnocení barter v prostředí	Spackman, Trombly
Psychoanalytický	Psychiatrie: boj za naplnění potřeb	Nevědomý obsah produkující symptom	Přivést nevědomý obsah produkující symptom do oblasti vědomí a spojit ho s vědomým obsahem	Freud, Jung, Sullivan

Příloha B – Etický kodex ergoterapeuta

“Tento kodex charakterizuje chování ergoterapeuta na všech úsecích ergoterapie.

- **Vlastnosti ergoterapeuta**

- I. Ergoterapeut musí být bezúhonný, ukázněný, spolehlivý a zodpovědný.
Musí mít schopnost dobré autoregulace a empatie. Předpokladem je i emoční vyrovnanost, pracovní stabilita a organizační schopnosti.
- II. Profesionální vztahy
Ergoterapeut musí za všech okolností dodržovat profesionální a etické standardy.
Spolupracuje s ostatními kolegy, bere v potaz jejich příspěvky.
V případě nelegálního či neetického jednání je ergoterapeut povinen osobně upozornit kolegu, jež kodex porušil. Nedojde-li k nápravě, je povinen informovat profesní organizaci.
- III. V přítomnosti klientů neřeší problémy provozního, profesního a osobního charakteru.

- **Zodpovědnost ergoterapeuta k klientům**

- I. Ergoterapeut přistupuje ke všem klientům bez předsudků a klienta považuje za sobě rovného.
Ve vztahu k klientům uplatňuje spravedlnost. Všem věnuje stejnou pozornost a potřebnou péči, bez ohledu na odlišnou rasu, etnickou příslušnost, náboženské vyznání, pohlaví, věk, handicap, sociální a finanční situaci.
- II. Dodržuje mlčenlivost o klientových osobních záležitostech a skutečnostech.
Nesmí mluvit o záležitostech klienta s nikým jiným, než s tím, kdo je spoluodpovědný za péči o něj. Osobní informace poskytuje jen se souhlasem klienta a v rozsahu své profesní pravomoci.
- III. Ergoterapeut je oprávněn si účtovat poplatky za své služby. Všechny poplatky placené klientem musí být odpovídající nákladům a kvalitě poskytovaných služeb.
Klient musí znát výši poplatku předem.

- **Týmová spolupráce**

Ergoterapeut produktivně spolupracuje v rámci multidisciplinárního nebo interdisciplinárního týmu, aby byly splněny medicínské a psychosociální cíle léčebného plánu klienta. Poskytuje spolupracovníkům potřebné informace o postupu léčby a všech změnách, ovlivňujících léčebný plán.

- **Rozvoj odborných znalostí**

Ergoterapeut zvyšuje svou odbornou úroveň celoživotním studiem a své nabyté vědomosti a dovednosti uplatňuje v praxi.

- **Propagace profese**

Povinností ergoterapeuta je podílet se na zlepšování úrovně a rozvoji své profese. Podporuje a propaguje ergoterapii ve veřejném životě, v ostatních odborných organizacích a státních orgánech na regionální, národní i mezinárodní úrovni.“

Příloha C – Standardy praxe České asociace ergoterapeutů

1. Zodpovědnost k příjemci ergoterapeutických služeb

Klienta předává do péče ergoterapeuta nebo klient sám na, základě, jehož ordinace a přání ergoterapeut stanoví ergoterapeutický plán.

Ergoterapeut by měl přijmout k terapii pouze ty klienty, pro které má diagnostické a terapeutické možnosti a může jim pomoci.

Klienti, kteří očekávají přijetí k terapii, by měli být zapsáni na seznam čekatelů nebo odesláni na jiné pracoviště.

Ergoterapeut musí brát v úvahu i možnost odeslat nebo doporučit klientovi jiné pracoviště, pokud jeho není schopno terapii v nejbližším čase zajistit nebo pokud možnosti ergoterapeutického pracoviště nejsou takové, aby zajistily požadovanou péči.

Hodnocení:

Ergoterapeut je zodpovědný za hodnocení spotřebitele, který byl přijat k terapii.

Každá část terapie musí být plánována, plněna a dokončena s aktivním zapojením klienta.

Ergoterapeut by měl terapii průběžně hodnotit, posuzovat a upravovat plán léčby podle výsledků hodnocení.

Terapie:

Ergoterapeut musí v průběhu terapie dodržovat profesionální bezúhonnost a diskrétnost.

Ergoterapeut by měl zajistit, že plán terapie bude plně zaměřen na potřeby klienta.

Ergoterapeut nesmí klienta diskriminovat z důvodů rasových, barvy pleti, handicapu, disability, národnosti, věku, pohlaví, sexuální orientace, náboženství, politického přesvědčení nebo postavení ve společnosti či z jiných důvodů.

Ergoterapeut musí na základě informovaného souhlasu klienta usilovat o stanovení realistických cílů založených na terapeutické spolupráci.

Kvalita programu:

Při vytváření efektivního programu by ergoterapeut měl brát v úvahu 5 součástí (pravidel), které přispívají k vytvoření důvěry.

Jsou to:

- profesionální chování
- efektivita
- využití zdrojů
- zohlednění rizika
- spokojenost klienta s poskytovanými službami

Ergoterapeut by měl vždy dodržet objektivní a cílený ergoterapeutický plán ve všech fázích terapie.

Propuštění:

Ergoterapeut by měl ukončit terapii tehdy, když klient dosáhl stanoveného cíle nebo bylo dosaženo maxima terapeutického plánu.

Klientovi by měl být jasně vysvětlen důvod pro ukončení léčby.

Ergoterapeut by měl zajistit následné nebo opakované hodnocení klienta a dokumentovat je.

2. **Záznamy a zprávy**

Ve zprávách a záznamech týkajících se klienta a v přístupu k nim by měla být zohledněna nařízení zdravotních a dalších zákonů nebo doporučení zaměstnavatele.

Zákon o ochraně osobních údajů určuje povinnosti pro ergoterapeuta o uchování osobních informací o klientovi a zároveň zajišťuje práva osobám, o kterých jsou takové informace vedeny. Ergoterapeut by měl chránit a respektovat tajné údaje a zajistit, že jejich odhalení bude sloužit pouze klientovi. Zveřejnění informací týkajících se osob mimo terapeutický kontext a pro případ právního nátlaku by vždy mělo být provedeno pouze se souhlasem klienta.

Záznamy o klientovi by měly být uchovány bezpečně. Měly by obsahovat pouze skutečné údaje, informace týkající se profesionálních aktivit, bez emocionální zaujatosti a poskytovat potřebné informace sloužící ostatním profesionálům i pro případné právní důvody.

Záznamy by měly být uchovány pro zjednodušení přezkoumání, analýzu použitých procedur a pro měření efektivity léčby.

Ergoterapeut by měl dokumentovat schopnosti klienta a výsledky terapie.

Přístup k informacím by měl mít pouze odpovědný personál a všechny psané a tištěné informace by měly být pečlivě uschovány.

3. **Bezpečnost**

Ergoterapeut by neměl způsobit ohrožení zdraví a bezpečnosti klienta.

Při terapii je nutné používat vhodné pomůcky a vybavení.

Ergoterapeut musí zvážit všechna bezpečnostní opatření a používat při terapii správné oblečení a obuv.

4. **Zaměstnavatelé**

Jestliže má zaměstnavatel odlišné pracovní standardy chování než jsou uvedeny v kodexu ergoterapeutů, je nutné, aby se s nimi před nástupem do zaměstnání ergoterapeut přesně obeznámil.

Ergoterapeut by měl vyhovět pouze těm doporučením zaměstnavatele, která jsou slučitelná s jeho profesionální etikou.

5. **Propagace profese**

Ergoterapeut by měl propagovat ergoterapeutickou službu pouze ve své kompetenci.

Měl by určit potřebné dovednosti, znalosti a odborné zkušenosti, které jsou pro konkrétní terapii potřebné.

Ergoterapeut by měl přijmout osobní zodpovědnost za svou kompetenci.

V situacích, kde jsou požadovány jiné znalosti a odborné zkušenosti, by měl odeslat spotřebitele k povolanejšímu terapeutovi a konzultovat danou situaci s kolegy.

Ergoterapeut by měl stále udržovat a rozvíjet znalosti vztahující se k legislativě, sociální politice a sociálním a kulturním záležitostem, které ovlivňují jeho profesi.

6. **Profesionální vztahy - spolupráce**

Ergoterapeut by měl respektovat potřeby a odpovědnost ostatních kolegů.

Ergoterapeut by měl konzultovat a spolupracovat s ostatními profesionály podle profesionálních povinností.

Ergoterapeut by měl mít možnost prakticky podpořit ostatní personál ergoterapeutických služeb.

Ergoterapeut by měl být loajální k ostatním ergoterapeutům, ale v případě potřeby upozornit na neprofesionální chování.

Při porušení Etického kodexu je nutné informovat pověřenou osobu zajišťující řízení služeb.

Pracovníci z jiné země by měli respektovat zvyky a kulturu země, ve které krátkodobě nebo dlouhodobě pracují.

7. **Výzkum a rozvoj profese**

Ergoterapeut by měl uvést správný název popř. přesnou citaci publikovaného materiálu, ze kterého čerpá.

Ergoterapeut by měl chránit soukromé údaje klienta v každém psaném nebo vizuálním materiálu, který může být použit mimo terapeutický rámec.

Profesní praxe ergoterapeuta by měla být založena na výsledcích výzkumu.

Ergoterapeuti mají povinnost si doplňovat profesionální znalosti a musí být obeznámeni se současnými právními předpisy, které ovlivňují jejich praxi.

8. **Reprezentace profese**

Profese by měla být přesně představována klientům, ostatním profesionálům, studentům a široké veřejnosti.

Ergoterapeut by se měl snažit zlepšovat a rozvíjet kvalitu profese.

Ergoterapeut by se měl vyvarovat neadekvátního chování, které nepříznivě ovlivňují jeho výkon nebo profesi. Patří sem zneužívání návykových látek, páchaní jakéhokoli kriminálního nebo protiprávního činu v průběhu výkonu profese.

9. **Komerční sféra**

Ergoterapeut může nabízet služby ve shodě s uznávanou praxí zdravotní péče.

Ergoterapeut může propagovat privátní služby podle praxe zdravotní péče.

Ergoterapeut v privátní praxi by měl stanovit takové poplatky za své služby, které odpovídají cenovým analýzám poskytovaných služeb.

Ergoterapeut by se měl řídit profesionálním úsudkem při doporučování nebo poskytování komerčních výrobků nebo technických zařízení.

Ergoterapeut si nesmí vyžádat nebo přijmout pověření žádné komerční firmy jako odměnu, platbu za doporučení výrobku této firmy klientovi.

10. **Vzdělávání v ergoterapii**

Pedagogové by měli při výuce ergoterapeutů zajistit dodržování Minimálních standardů vzdělání WFOT.

Pedagogové by měli zajistit, že studenti získají během studia přijatelné standardy a profesionální kompetence.

Vzdělávací kritéria by měla být platná podle národní asociace.

Při vzdělávání ergoterapeutů by měl být propagován Etický kodex ergoterapeuta a Standardy praxe.

Pro vypracování Standardů praxe České asociace ergoterapeutů bylo použito materiálu Standards of Practice, COTEC (1996).

Příloha D – Některé zákony vymezuující obor ergoterapie v ČR

Zákon č. 96/ 2004 Sb.

„(1) Odborná způsobilost k výkonu povolání ergoterapeuta se získává absolvováním

- a) akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu ergoterapeutů,
- b) tříletého studia v oboru diplomovaný ergoterapeut na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2004/2005,
- c) střední zdravotnické školy v oboru ergoterapeut, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1998/1999, nebo
- d) střední zdravotnické školy v oboru rehabilitační pracovník a pomaturitního specializačního studia léčba prací, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.

(2) Ergoterapeut, který získal odbornou způsobilost podle odstavce 1 písm. d), může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání ergoterapeuta. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem.

(3) Za výkon povolání ergoterapeuta se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické nebo léčebné a rehabilitační péče v oboru ergoterapie (léčba prací).¹

Vyhláška č. 39/2005 Sb.

„ (1) Odborná způsobilost k výkonu povolání ergoterapeuta se získává absolvováním akreditovaného studijního programu.

(2) Program uvedený v odstavci 1 má standardní dobu studia nejméně 3 roky, z toho praktické vyučování činí nejméně 1600 hodin.

(3) Studium v programu uvedeném v odstavci 1 poskytuje znalosti a dovednosti stanovené v § 3 a dále obsahuje

- a) teoretickou výuku poskytující znalosti v
 1. oborech, které tvoří základ potřebný pro poskytování ergoterapeutické péče, a to v anatomii, fyziologii, patologii a patofyziologii, kineziologii a základních znalostech zdravotnických prostředků,
 2. ergoterapii a klinických oborech, a to ve vnitřním lékařství, chirurgii a traumatologii, neurologii a psychiatrii, pediatrii, geriatрии, ortopedii, protetice, úvodu do ergoterapie, teorii ergoterapie, diagnostických a léčebných ergoterapeutických postupech ve vztahu k psychosociálnímu, neurovývojovému a biomechanickému přístupu a ve vztahu k prostředí, v ergoterapii u mentálního postižení, ergoterapii v oborech pediatrie a geriatрии, ergoterapii při použití kompenzačních pomůcek, ergodiagnostice a pracovní rehabilitaci, v komunitní péči, rehabilitaci kognitivních poruch v ergoterapii a ve využití komunikace v ergoterapii,
 3. sociálních a dalších souvisejících oborech, a to v základech pedagogiky a edukace, speciální pedagogice, sociální rehabilitaci, ergonomii, psychologii, právních předpisech ve vztahu k sociální problematice, základech informatiky, statistiky a metodologie vědeckého výzkumu,
- b) praktické vyučování poskytující dovednosti a znalosti v provádění ergoterapeutických výkonů, v komunitní péči, v základní metodice léčebné tělesné výchovy a rehabilitačního ošetřovatelství, vyšetřování motorických funkcí, základních komunikačních schopností a rozumových a dalších funkcí nutných pro poskytování ergoterapeutické péče a v hodnocení soběstačnosti.²

¹ <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?sn=y&hledany=96%2F2004&zdroj=sb04096&cd=3&typ=r> – ze dne 7. 8. 2007

² <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?sn=y&hledany=39%2F2005+Sb%2E&zdroj=sb05039&cd=3&typ=r> – ze dne 21.3. 2008

Vyhláška č. 424/ 2004 Sb.

„(1) Ergoterapeut vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 v oboru ergoterapie (léčba prací) a dále stanoví a provádí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře v souladu s diagnózou a doporučeným postupem lékaře a na základě vlastních vyšetření optimální varianty a kombinace ergoterapeutických postupů tak, aby bylo dosaženo cíle požadovaného lékařem. Přitom zejména

- a) provádí ergoterapeutické vyšetření zaměřené na analýzu aktivit klienta, hodnocení senzomotoriky, mobility a lokomoce, orientační vyšetření kognitivních funkcí ve vztahu k analýze běžných denních činností (ADL),
- b) provádí hodnocení a nácvik běžných denních činností (ADL) v nemocničním i ve vlastním sociálním prostředí,
- c) provádí hodnocení v oblasti pracovních a zájmových aktivit v kontextu fyzického a sociálního prostředí,
- d) na základě ergoterapeutického vyšetření a analýzy funkčních schopností sestavuje krátkodobý a dlouhodobý plán ergoterapie, vybírá specifické ergoterapeutické postupy a metodiky, v rámci multidisciplinárního týmu se podílí na zpracování dlouhodobého plánu komplexní rehabilitace,
- e) aplikuje ergoterapeutické postupy a metodiky v individuální i skupinové ergoterapii s cílem zlepšit funkční schopnosti klienta,
- f) navrhuje a případně zhotovuje kompenzační a technické pomůcky a učí klienty, jimi určené osoby a ošetrovatelský personál tyto pomůcky využívat,
- g) poskytuje poradenské služby a instruktáže v otázkách adaptace, kompenzace a substituce poruch a onemocnění,
- h) podílí se na ergodiagnostice, analyzuje zbylý pracovní potenciál, trénuje toleranci zátěže a vytrvalosti a ve spolupráci s ostatními odborníky doporučuje vhodné pracovní a studijní začlenění zdravotně postižených,
- i) navrhuje a případně provádí preventivní opatření proti vzniku komplikací a strukturálních změn u imobilních klientů, spolupracuje a edukuje v tomto směru všeobecnou sestru, klienty a jimi určené osoby, působí v rámci ošetrovatelského týmu jako odborník zaměřený na uspokojování specifických potřeb klientů,
- j) seznamuje klienty s možnostmi sociální péče, podílí se na sociální rehabilitaci osob se zdravotním postižením.

(2) Ergoterapeut bez odborného dohledu a bez indikace

- a) provádí poradenskou činnost a instruktáž v oblasti prevence vzniku nemocí z povolání a úprav pracovního prostředí,
- b) aplikuje zásady ergonomie v rámci primární a sekundární prevence poruch pohybového aparátu, doporučuje vhodné úpravy domácího a pracovního prostředí ve vztahu k funkčním schopnostem klienta bariérám tohoto prostředí,
- c) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků¹⁴⁾ a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(3) Ergoterapeut se podílí na základě indikace klinického psychologa, klinického logopeda nebo lékaře na výcviku komunikačních a rozumových funkcí.³

Vyhláška č. 423/ 2004 Sb.

„Dle znění platné vyhlášky č. 423/ 2004 Sb., není nutné, aby veškeré vzdělávací akce schvalovala profesní organizace. Výjimku tvoří školící akce, které pořádá neakreditované zařízení. Členové ČAE se proto mohou účastnit i školících akcí, které pořádají jiné profesní organizace či akreditovaná pracoviště a kredity jim budou započítány do systému celoživotního vzdělávání.

Zpětné ohodnocení vzdělávací akce, u které nebyly kredity uděleny, bude provedeno při podání žádosti o prodloužení osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu nejspíše komisí Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně (dříve IDVZP v Brně), jak je tomu doposud. Při podání žádosti o prodloužení osvědčení se bude též přezkoumávat, zda absolvované vzdělávací aktivity v rámci celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků odpovídají výkonu zdravotnického povolání, pro které žádost podávají. Je možné, že ve sporných případech bude kontaktován i výbor České asociace

³ <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb04424&cd=76&typ=r> – ze dne 7. 8. 2007

ergoterapeutů, aby se vyjádřil k absolvovaným vzdělávacím aktivitám a posoudil jejich vztah k oboru ergoterapie.

1. Vymezení termínů

Dle vyhlášky č. 423/ 2004 Sb. se kreditem rozumí bodové ohodnocení jednotlivých forem celoživotního vzdělání. Zdravotnický pracovník může absolvovat v rámci celoživotního vzdělávání:

- inovační kurz, kterým je odborný kurz pořádaný zdravotnickým zařízením nebo jinou fyzickou či právnickou osobou a vedený fyzickou osobou způsobilou k výkonu zdravotnického povolání v oboru, k němuž je kurz pořádán, s cílem seznámit se s novými poznatky a metodami

- odbornou stáž v akreditovaném zařízení pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka, podmínkou je jiné pracoviště než je místo výkonu povolání zdravotnického pracovníka

- školicí akci, kterou se rozumí seminář či odborný kurz v délce alespoň 2 hodiny pořádaný zdravotnickým zařízením nebo jinou právnickou či fyzickou osobou, pokud se program školicí akce týká oboru činnosti nelékařského zdravotnického pracovníka; pokud školicí akci pořádá neakreditované zařízení, započítává se tato školicí akce do kreditního systému na základě souhlasného stanoviska profesního sdružení vyžádaného pořadatelem školicí akce

- odbornou konferenci, kongres nebo sympozium v délce trvání minimálně 4 hodiny

1. ke které vydá profesní sdružení souhlasné stanovisko se započítáním do kreditního systému
2. jejíž program se týká oboru činnosti nelékařského zdravotnického pracovníka
3. která je určena nejen pro zaměstnance pořadatelské organizace

- publikační činnost v periodickém tisku nebo neperiodických publikacích, které mají odborný charakter a jejich obsah se týká oboru nelékařského zdravotnického povolání nebo zdravotní péče

- pedagogická činnost v rámci teoretické a praktické výuky ve specializačním vzdělávání, certifikovaném nebo inovačním kurzu, na školicí akci, při vedení odborné stáže nebo vyučováním odborných předmětů ve studijním oboru, kterým se získává odborná způsobilost k výkonu zdravotnického povolání

- vědecko-výzkumná činnost pokud délka trvání je alespoň 6 měsíců, jsou doloženy oponovanou závěrečnou zprávou, seznamem řešitelů výzkumného projektu nebo výzkumného záměru, základními údaji projektovaného tématu a v případě mezinárodních projektů kopií rozhodnutí příslušné mezinárodní instituce o schválení projektu, seznamem řešitelů a základními údaji o projektovém tématu a pokud se týká oboru činnosti nelékařského zdravotnického povolání

Za formu celoživotního vzdělávání se nepovažuje činnost, která je předmětem výkonu povolání na základě pracovního poměru nebo obdobného pracovního vztahu.

2. Počet kreditů pro zápočet k vydání osvědčení

1. za studium navazujících vysokoškolských studijních programů, studijního oboru na vyšší odborné škole po získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, pomaturitního specializačního studia, speciální přípravy nebo dlouhodobého tematického kurzu- za každý ukončený semestr studia nebo za každých 6 měsíců studia 25 kreditů

2. na účast na inovačním kurzu nebo školicí akci- 1 kredit za každý den, nejvíce však 10 kreditů

3. za účast na odborné stáži- 1 kredit za každý den, nejvíce však 15 kreditů

4. za účast na odborné konferenci, kongresu nebo sympoziu- každý den 3 kredity, nejvýše však 10 kreditů; přednesení přednášky 15 kreditů, spoluautorství na přednášce 10 kreditů

5. publikační činnost- odborný článek autorovi 15 kreditů, spoluautorovi 10 kreditů; autorovi nebo spoluautorovi učebnice, skript, výukového filmu nebo jiné učební pomůcky 25 kreditů

6. za pedagogickou činnost konanou v délce 1 dne- 4 kredity, od 2 dnů do 5 dnů- 7 kreditů, nad 5 dnů 15 kreditů, přičemž lze v jednom registračním období získat maximálně 25 kreditů

7. za vědecko- výzkumnou činnost- 25 kreditů

8. za účast na vzdělávacích akcích v zahraničí či jsou-li vedeny v cizím jazyce se počty kreditů zvyšují o 30%, desetinná místa se zaokrouhlují vždy na celá čísla nahoru.⁴

⁴ <http://www.ergoterapie.org/> - ze dne 21.3. 2008

Příloha E – Přehled jednotlivých částí zákona, které vymezují obor ergoterapie v Německu

Berufsgesetz	
Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung	§ 2 Abs. 1 Nr. 1 ErgThG § 2 Abs. 1 Nr. 2 ErgThG § 2 Abs. 1 Nr. 3 ErgThG §§ 8, 8 a, 9 ErgThG
Gleichstellung eines im Ausland erworbenen Abschlusses, Antragstellung von Staatsangehörigen der Europäischen Union zur Gleichstellung	§ 2 Abs. 2 ErgThG § 2 Abs. 3 ErgThG § 2 Abs. 4 ErgThG
Zurücknahme/Widerruf der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung	§ 3 Abs. 1 ErgThG § 3 Abs. 2 ErgThG § 3 Abs. 3 ErgThG
Schutz der formalen Führung der Berufsbezeichnung	§ 7 Abs. 1 ErgThG § 7 Abs. 2 ErgThG
Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V)	
Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln	§ 32 SGB V
Leistungen/Vertragsbeziehungen der Krankenhäuser und anderen Einrichtungen	§§ 107 ff. SGB V
Voraussetzungen für Zulassung einer ET-Praxis	§ 124 Abs. 1 SGB V § 124 Abs. 2 SGB V
Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen	§ 124 Abs. 4 SGB V
Grundlage für Verabschiedung der Heilmittel-Richtlinien, Maßnahmen der ET	§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V
Gemeinsame Rahmenempfehlungen, Leistungsbeschreibung Ergotherapie	§ 125 Abs. 1 SGB V
Versorgungsverträge mit Krankenkassen	§ 125 Abs. 2 SGB V
Weitere Sozialversicherungsgesetze	
Gesetzliche Rentenversicherung	SGB VI
Gesetzliche Unfallversicherung	SGB VII
Gesetzbuch über Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen	SGB IX
Soziale Pflegeversicherung	SGB XI

Příloha F – Seznam zdravotních výkonů pro obor ergoterapie a vysvětlení základních pojmů použitých v tomto seznamu

Kapitola 917 – ergoterapeut

21611 VYŠETŘENÍ ERGOTERAPEUTEM PŘI ZAHÁJENÍ ERGOTERAPIE

Analýza zbylých funkčních schopností pomocí specifických metod a standardizovaných testů či nestandardizovaných hodnocení (např. ICIDH/2 /ICF/, MMSE, Rivermead Behaviorální paměťový test, hodnocení die Jacobsové, Barthel index, FIM, A- ONE, Katz index, funkční test HK- např. Jebsen- Taylor). Možno vykázat pouze 1krát při zahájení ergoterapie.

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 1/1 den

OM: S – pouze na specializovaném pracovišti

čas výkonu: 45

body: 63

Nositel	INDX	Čas
S3	9	45

ZUM: ne

ZULP: ne

21613 VYŠETŘENÍ ERGOTERAPEUTEM KONTROLNÍ

Kontrolní vyšetření slouží k monitorování změn funkčních schopností pacienta / klienta v průběhu terapie a přispívá k optimalizaci úprav terapeutického plánu podle aktuálních potřeb. Při ukončení terapie vypracuje ergoterapeut závěrečnou zprávu o výstupech terapie pro ošetřujícího lékaře, v průběhu terapie zprávu o aktuálním stavu a postupu terapie. Pro vyšetření se využívají standardizované testy či hodnocení (např. ICIDH/2 /ICF/, MMSE, Rivermead Behaviorální paměťový test, hodnocení die Jacobsové, Barthel index, FIM, A- ONE, Katz index, funkční test HK- např. Jebsen- Taylor).

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 1/1 den, 4/1 čtvrtletí

OM: S – pouze na specializovaném pracovišti

čas výkonu: 30

body: 55

Nositel	INDX	Čas
S3	9	30

ZUM: ne

ZULP: ne

21621 INDIVIDUÁLNÍ ERGOTERAPIE ZÁKLADNÍ

Zahrnuje vhodné specifické činnosti a techniky podle typu postižení. Využívá kreativní a pracovní činnosti s použitím různého materiálu, pracovního náčiní a nářadí.

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 2/1 den 36/1 čtvrtletí

OM: S – pouze na specializovaném pracovišti

čas výkonu: 30

body: 99

Nositel	INDX	Čas
S3	9	30

ZUM: ne

ZULP: ne

21623 INDIVIDUÁLNÍ ERGOTERAPIE S VYUŽITÍM DÍLEN

Zahrnuje cílené terapeutické činnosti a techniky podle typu postižení. Využívá kreativní a pracovní činnosti s použitím různého materiálu, pracovního náčiní a nářadí. K terapeutickým činnostem se řadí zejména výroba keramiky, rukodělné práce se dřevem a kovem. Pro výkon terapeutických činností je nutné odpovídající technické vybavení pracovních dílen, popř. vylčování pracovního prostoru v místnosti ergoterapie k zajištění potřebných bezpečnostních opatření při terapeutické činnosti.

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 2/1 den, 24/1 čtvrtletí

OM: S – pouze na specializovaném pracovišti

čas výkonu: 30

body: 83

Nositel	INDX	Čas
S2	8	30

ZUM: ne

ZULP: ne

21625 NÁCVIK VŠEDNÍCH DENNÍCH ČINNOSTÍ – ADL

Tréning všedních denních činností personálních a instrumentálních, pod vedením ergoterapeuta.

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 2/1 den, 48/ čtvrtletí

OM: bez omezení

čas výkonu: 30

body: 64

Nositel	INDX	Čas
S3	9	30

ZUM: ne

ZULP: ne

21627 ERGOTERAPIE SKUPINOVÁ ZÁKLADNÍ

Skupina 3- 5 osob. Zahrnuje činnosti aplikované za účelem zlepšení a udržení fyzického, mentálního a psychického stavu s cílem obnovení poškozených funkcí.

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 2/1 den 24/ čtvrtletí

OM: S – pouze na specializovaném pracovišti

čas výkonu: 11

body: 59

Nositel	INDX	Čas
S3	9	11

ZUM: ne

ZULP: ne

21629 ERGOTERAPIE SKUPINOVÁ S VYUŽITÍM DÍLEN

Skupina 3- 5 osob. Zahrnuje činnosti aplikované za účelem zlepšení a udržení fyzického, mentálního a psychického stavu s cílem obnovení poškozených funkcí a tréninku tolerance pracovní zátěže. K výkonu je nutné odpovídající technické vybavení pracovního místa, popř. samostatných pracovních dílen. K možným terapeutickým zaměstnáním v tomto výkonu patří práce se dřevem, kovem, výroba keramiky.

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 2/1 den, 24/ čtvrtletí

OM: S – pouze na specializovaném pracovišti

čas výkonu: 11

body: 52

Nositel	INDX	Čas
S2	8	11

ZUM: ne

ZULP: ne

1. TEXTOVÁ ČÁST

Kapitola 1

Vysvětlení základních pojmů použitých v seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

- | | | |
|-----|--|--|
| 1. | seznam výkonů | seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami |
| 2. | zdravotní výkon | základní jednotka seznamu, popisující ucelenou činnost při poskytování zdravotní péče (dále jen výkon) |
| 3. | kategorie výkonu | kategorie úhrady výkonu - řadí výkon mezi výkony plně hrazené, hrazené za určitých podmínek a nehrazené z veřejného zdravotního pojištění |
| 4. | autorská odbornost | odbornost, která navrhla a odborně garantuje zdravotní výkon |
| 5. | číslo výkonu | pětimístné číslo jednoznačně identifikující výkon v rámci seznamu výkonů |
| 6. | název výkonu | stručný text vystihující jednoznačně podstatu výkonu |
| 7. | popis výkonu | text, rozvíjející název výkonu, popisující výkon a případně jeho provedení |
| 8. | OM
omezení místem | omezení pro vykazování výkonu místem jeho provedení |
| 9. | OF
omezení frekvencí | omezení pro vykazování výkonu frekvencí jeho provedení vztáženou na jednoho pojištěnce a jedno nebo více časových období |
| 10. | čas výkonu | čas výkonu v minutách. Autorská odbornost výkonu je rozhodující pro přiřazení minutové režijní sazby. Celková hodnota minutové režie výkonu se vypočte jako součin času výkonu a minutové režijní sazby příslušné k výkonům dané autorské odbornosti (viz kapitola 7). Čas výkonu vyjadřuje dobu, po kterou je pracoviště prováděním výkonu plně vytíženo. |
| 11. | nositel
nositel výkonu | zdravotnický pracovník, který se podílí na provedení výkonu. K výkonu jsou přiřazeny osobní náklady jednoho nositele výkonu, pouze výjimečně více nositelů (operační výkony a podobně). Je-li nositelem výkonu alespoň jeden lékař nebo jiný vysokoškolský pracovník, nejsou zásadně k výkonu přiřazeny osobní náklady středních zdravotnických pracovníků (jsou obsaženy v úhradě nepřímých nákladů - režii). |
| 12. | čas
čas nositele
výkonu | čas, po který je daný zdravotnický pracovník zaměstnán prováděním právě tohoto jediného výkonu |
| 13. | INDX
mzdový index
nositele výkonu | index, který charakterizuje kvalifikaci nositele k provedení výkonu a obtížnost provedení výkonu |

-
- | | |
|---|---|
| 14. body
bodová hodnota
výkonu | součet všech přímých nákladů na výkon (osobních nákladů nositele výkonu, nákladů na jednoúčelové přístroje a jejich specifickou údržbu, při provedení výkonu přímo spotřebovaný zdravotnický materiál a při provedení výkonu přímo spotřebované léčivé přípravky) kalkulovaný v korunách a vyjádřený v bodech |
| 15. ZUM | zvlášť účtovaný zdravotnický materiál, který lze zvlášť účtovat k výkonu, pokud byl odůvodněné při výkonu spotřebován |
| 16. ZULP | zvlášť účtovaný léčivý přípravek, který lze zvlášť účtovat k výkonu, pokud byl odůvodněné při výkonu spotřebován |
| 17. OD | ošetřovací den |
| 18. ZP | zdravotnické prostředky |

Příloha G – „Dienstleistungszeugnis“ (Pracovní osvědčení), překlad tohoto osvědčení

Med. Einrichtungen des
Bezirks Oberpfalz GmbH



Regensburg, 31.08.06

Dienstleistungszeugnis

Frau Monika Radova, geb. 16.05.1984, war vom 01.09.2005 bis 31.08.2006 als Teilnehmerin im Freiwilligen Sozialen Jahr am Bezirksklinikum Regensburg, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Neurologie, Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Neurologische Rehabilitation, tätig.

Frau Radova war vom 01.09.2005 bis 28.02.2006 in unserem Pflegeheim der Fachklinik für Neurologische Rehabilitation eingesetzt. Wir betreuen überwiegend Patienten im Wachkoma, die nach der Akutbehandlung und abgeschlossener Rehabilitationsbehandlung in unser Pflegeheim verlegt werden.

Sie konnte in ihrer Einsatzzeit Einblicke in die Pflege dieser Patienten gewinnen. Sie konnte die pflegerischen Arbeitsabläufe auf einer solchen Station kennen lernen, die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team beobachten. Unter Anleitung einer examinierten Krankenschwester nahm sie an der Durchführung grundpflegerischer Tätigkeiten teil. Dazu gehören z.B. die Körperpflege eines Patienten, Unterstützung bei der Essensaufnahme, Begleitung von Patienten zu Konsiliaruntersuchungen. Ebenso gehörten auch Hol- und Bringendienste zu ihrem Aufgabengebiet.

Die ihr übertragenen Aufgaben erfüllte Frau Radova mit großer Umsicht und Sorgfalt. Sie arbeitete sich gut in ihre neue Tätigkeit ein, war motiviert und verantwortungsbewusst.

Im Umgang mit unseren Bewohnern zeigte sie sehr gutes Einfühlungsvermögen und Geduld. Das Verhalten gegenüber Stationsleitung und Mitarbeitern war jederzeit einwandfrei.

Ab dem 01.03.2006 wechselte sie in den Fachbereich Ergotherapie der Fachklinik für Neurologische Rehabilitation. Wir behandeln Patienten von der Phase B bis Phase F.

Frau Radova erhielt einen umfassenden Einblick in die ergotherapeutische Behandlungsweise von neurologischen Störungsbildern (Hemiplegie/Hemiparese, Sensibilitätsstörungen, Ataxie, Apraxie, Neglekt, Pusher-Symptomik, Störungen der visuellen Raumwahrnehmungen und Raumkognition, Störungen der höheren kognitiven Funktionen, Gedächtnisstörungen). Der Behandlungsschwerpunkt beinhaltet alle Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. Duschen und Anziehen, Essen, Schreiben, Einkaufen) unter Berücksichtigung folgender Therapieansätze: Bobathkonzept, Affolterkonzept, Basale Stimulation, Manuelle Therapie, Propriozeptive Neuromuskuläre Facilitation, Neurodynamik, Perfetti, Verena Schweizer, Hilfsmittelversorgung

Neben der Einzeltherapie werden Gruppen angeboten: Gartengruppe, Holzgruppe, Ergo-Gruppe, Kochgruppe, Motomedgruppe

Medizinische Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz GmbH
Geschäftsführer: Kurt Häupl
Aufsichtsratsvorsitzender: Bezirkstagspräsident Rupert Schmid
Sitz: Universitätsstraße 84, 93053 Regensburg
Registergericht: Regensburg, HR-Nr.: B9977

Standort: Bezirksklinikum Regensburg
Universitätsstraße 84 • 93053 Regensburg

Bankverbindungen:
HypoVereinsbank Regensburg BLZ 750 200 73 Konto-Nr. 8317100
Sparkasse Regensburg BLZ 750 500 00 Konto-Nr. 1012020

UST-ID-Nr.: DE 133714430

Öffentliche Verkehrsmittel:

Sie erreichen das Bezirksklinikum mit den Buslinien 6 und 11 ab Hauptbahnhof

Frau Radova erwarb Kenntnisse verschiedener werktherapeutischer Techniken, vornehmlich Seiden- und Stoffmalerei, Papier, Peddigrohr, Ton, und Holz. Bereits nach kurzer Einarbeitung unterstützte sie die verantwortlichen Mitarbeiter bei allen anfallenden Tätigkeiten. Frau Radova übernahm ausgewählte Patienten bzw. Gruppen (Ergo-Gruppe, Kochgruppe, Motomedgruppe), die sie teilweise unter Supervision anleitete. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten, wie z.B. Therapiematerial erstellen, dessen Wartung und Pflege führte Frau Radova selbständig aus. Frau Radova nahm regelmäßig an den teaminternen Fortbildungen der Abteilung für Ergotherapie teil und besuchte die hausinternen berufsgruppenübergreifenden Fortbildungen. Ferner nahm sie an den Seminartagen teil, die vom Paritätischen Wohlfahrtsverband angeboten werden.

Frau Radova arbeitete im Sinne der ergotherapeutischen Konzeption mit außergewöhnlichem Interesse, engagiert, mit größter Sorgfalt und Genauigkeit. Sie zeigte stets Eigeninitiative und war sehr flexibel einsetzbar.

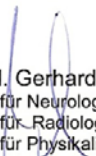
Ihr gutes Einfühlungsvermögen und Verständnis für die Komplexität der Defizite der Patienten, ihre geduldige und bestimmte Art des Umgangs mit den Patienten brachte ihr Sympathie und Anerkennung bei Patienten und Angehörigen ein.

Hervorzuheben ist ihre kooperative und konstruktive Zusammenarbeit mit Vorgesetzten und Mitarbeitern, ihre Leistungsmotivation, rasche Auffassungsgabe und der selbständigen Umsetzung des Gelernten.

Wir danken Frau Radova für ihre wertvolle Mitarbeit im Rahmen ihres freiwilligen sozialen Jahres und wünschen ihr für ihre berufliche und private Zukunft alles Gute.



G. Lippel
Pflegedienstleitung
Neurologische Rehabilitation



Dr. med. Gerhard Weber
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Facharzt für Radiologische Diagnostik, Neuroradiologie
Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin
Ärztlicher Direktor
der Fachklinik für Neurologische Rehabilitation



E. Schmid
Ergotherapeutin
Stellvertretende Leitung der Ergotherapie

V Regensburgu dne 31.08.06

Pracovní osvědčení

Slečna Monika Radová, nar. 16.05.1984, působila jako účastnice v rámci Dobrovolného sociálního roku od 1.9. 2005 do 31.8. 2006 na Krajské klinice v Regensburgu - Klinice a poliklinice psychiatrie a neurologie, Odborné klinice psychiatrie dětí a mládeže a Odborné klinice neurologické rehabilitace.

Paní Radová pracovala od 1.9.2005 do 28.2.2006 v našem pečovatelském domě Odborné kliniky neurologické rehabilitace. Pečujeme převážně o klienty v komatu, kteří jsou po akutní léčbě a ukončené rehabilitaci přeloženi do našeho pečovatelského domu.

Paní Radová získala během svého působení vzhled do péče o tyto klienty. Seznámila se s pečovatelskými pracovními postupy na takovéto stanici a sledovala spolupráci v interdisciplinárním týmu. Po zaškolení kvalifikovanou zdravotní sestrou prováděla základní pečovatelské práce. K nim patří např. péče o tělo, pomoc při přijímání potravy, doprovod klientů na konziliární vyšetření.

Paní Radová plnila jí svěřené úkoly velmi obezřetně a svědomitě. Dobře se zapracovala do své nové práce, byla motivována a vědoma si vlastní odpovědnosti.

Ve styku s našimi obyvateli projevovala velkou empatii a trpělivost. Její chování a jednání vůči vedení stanice a spolupracovníkům bylo vždy bezproblémové.

01.03.2006 změnila stanici a přestoupila na oddělení ergoterapie Odborné kliniky neurologické rehabilitace. Pracujeme s klienty od fáze B do fáze F.

Paní Radová získala rozsáhlý vzhled do ergoterapeutického způsobu léčení neurologických poruch (hemiplegie / hemiparézy, poruch citlivosti, ataxie, apraxie, neglektu, Pusher symptomatiky, poruch vizuálního vnímání prostoru a prostorové kognice, poruch vyšších kognitivních funkcí, poruch paměti). Těžiště léčby zahrnuje všechny aktivity každodenního života (např. sprchování a oblékání, jídlo, psaní, nakupování) s přihlédnutím k následujícím terapiím: Bobath koncept, Affolter koncept, bazální simulace, manuální terapie, propioceptivní neuromuskulární facilitace, neurodynamika, Perfetti, Verena Schweizer, zásobování zdravotnickými pomůckami.

Vedle terapie s jednotlivcem nabízíme skupinové terapie: práce na zahradě, práce se dřevem, ergoterapeutická skupina, skupina vaření, motomed skupina.

Paní Radová získala znalosti v oblasti různých rukodělných technik, především v oblasti malování na hedvábí a na látku, práce s papírem, pedigem, hlinou a dřevem. Již po krátkém zapracování podporovala odpovědné pracovníky při všech vyskytujících se činnostech. Paní Radová převzala vybrané klienty např. skupiny - (ergoterapeutickou skupinu, skupinu vaření, motomed skupinu), které částečně pod dohledem vedla. Činnosti vztahující se k klientům nepřímo, jako např. vyhotovování

terapeutických materiálů a jejich údržbu, vykonávala paní Radová samostatně. Paní Radová se pravidelně účastnila interních vzdělávacích kurzů oddělení ergoterapie a navštěvovala interní vzdělávací kurzy přesahující rámec profesní skupiny. Dále se účastnila seminárních dnů, které nabízí organizace Paritätischer Wohlfahrtsverband.

Paní Radová pracovala ve smyslu ergoterapeutické koncepce s mimořádným zájmem, angažovaně, s velkou pečlivostí a přesností. Stále projevovala vlastní iniciativu a díky svým schopnostem jí bylo možné velmi flexibilně nasazovat na různé práce.

Její dobrá empatie a porozumění pro komplexnost postižení klientů, její trpělivý a pro ni charakteristický způsob zacházení s klienty jí přinesl sympatie a uznání klientů a rodinných příslušníků.

Je třeba vyzdvihnout její kooperativní a konstruktivní spolupráci s nadřízenými a se spolupracovníky, její pracovní motivaci, rychlé chápání a samostatné uplatňování naučeného v praxi.

Děkujeme paní Radové za její velmi cennou spolupráci v rámci jejího Dobrovolného sociálního roku a přejeme jí do budoucna vše nejlepší jak v profesním tak i v osobním životě.

G. Lippi
vedoucí ošetrovatelské služby
neurologická rehabilitace

Dr. med. Bernard Weber
odborný lékař na neurologii a psychiatrii
odborný lékař na radiologickou diagnostiku
a neuroradiologii
odborný lékař na fyzikální a rehabilitační
medicínu
ředitel
Odborné kliniky neurologické rehabilitace

E. Schmidt
ergoterapeutka
zástupce vedoucího ergoterapie

Příloha H – Kontrakt mezi subjekty odborné praxe a Hodnocení studenta organizací praxe



VYŠŠÍ ODBORNÁ ŠKOLA PEDAGOGICKÁ A SOCIÁLNÍ,
STŘEDNÍ PEDAGOGICKÁ ŠKOLA A GYMNÁZIUM
EVROPSKÁ 33, 166 23 PRAHA 6



Kontrakt mezi subjekty odborné praxe

Jméno studenta VOŠ : <i>MONIKA BADOVA'</i>	Studijní skupina : <i>J. C. ŠOP</i>
Odborná praxe v termínu : <i>18.2. - 7.3. 2008</i>	Typ praxe : <i>BIOTKOVA'</i>
Název a adresa zařízení praxe : <i>FU MOTOL, KLINIKA REHABILITACE V ÚVALU 84; P-5 150 06</i>	
Telefon: <i>224439239</i>	
Jméno konzultanta praxe : <i>Jc. MILADA ČEPUŠENKOVA'</i> SÚPĚVIZOR PRAXE : <i>Mrs. HATECELA JAFAROVA'</i>	
Vyučující praxe VOŠ : <i>Mrs. NADVOZNIKOVA'</i>	Telefon : 2 243 112 13

1. Cíle praxe :

- Seznámení s pracovištěm, jeho zařazením do struktury sociálních /pedagogických institucí.
- Seznámení s přístupy a metodami práce.
- Získání praktických zkušeností v jednání s klientem a práci v týmu.
- Uvědomění si vlastní pozice ve vztahu ke klientovi.

Konkrétní úkoly praxe (podle typu zařízení) :

- ASISTENCE PŘI AKTIVITÁCH VŠEDNÍHO ŽIVOTA
- ASISTENCE PŘI ŽIGOTEDAP ŠKOP - VAŘENÍ
- ASISTENCE PŘI PROCVIČOVÁNÍ JEHNÉ A HRUBÉ MOTOBILY, ÚCHOP
- ASISTENCE PŘI TŘÉNINKU KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

2. Průběh a organizace praxe na pracovišti :

- Při nástupu na pracoviště je student seznámen s prostředím pracoviště, jeho začleněním v rámci sociálních/pedagogických služeb a nabídek, jeho personálním obsazením a problematikou (základními cíli organizace). Je seznámen se zásadami bezpečnosti práce na pracovišti.
- S konzultantem praxe projedná student konkrétní náplň praxe na jednotlivé dny.
- Kromě přímé práce s klienty (násllechy, vlastní činnost) využívá student možnosti studia spisové dokumentace, vypracovaných materiálů, popř. studuje odbornou literaturu.

TELEFON: + 420 224311213 • FAX : + 420 224316954 • E-mail: info@pedevropska.cz • <http://www.pedevropska.cz>

3. Povinnosti studenta :

- Pracovní doba studenta je 8 hodin denně (lze ji upravit podle časových potřeb a možností zařízení praxe).
- Student je poučen o zásadě mlčenlivosti a dalších právních a etických normách, které plně respektuje.
- Student bude mít možnost zúčastnit se s různých způsobů práce s klienty (rozhovory, následky) pokud s tím klient (uživatel sociálních služeb) souhlasí.
- Student bude seznámen se zásadami a pravidly, jimiž se má řídit při přímé práci s klienty.
- Student se spolupodílí na tom, aby čas strávený na pracovišti byl využit co nejefektivněji.
- Využívá dalších možností nabídky organizací praxe (účast na týmových schůzkách, seminářích, příležitostných akcích atd.)
- V průběhu praxe si student vede záznamy v portfoliu praxe.

4. Povinnosti konzultanta :

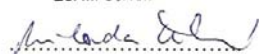
- Konzultant provází studenta v době praxe a poskytuje mu základní informace.
- Spolupodílí se na stanovení cílů a náplně praxe pro studenta.
- Kontaktuje vyučujícího praxe z VOŠ při případných problémech souvisejících s průběhem odborné praxe studenta.
- Na závěr praxe potvrdí její realizaci ve studijním průkazu studenta (oddíl Úřední záznamy) a zhodnotí její průběh na hodnotícím formuláři školy.

5. Povinnosti vyučujícího praxe VOŠ :

- Vyučující praxe VOŠ se podílí (spolu s konzultantem praxe a studentem) na stanovení cílů konkrétní praxe.
- V průběhu praxe může vykonat návštěvu na zařízení praxe, či telefonicky zařízení kontaktovat.
- Po skončení praxe provádí školní supervizi, diskutuje se studenty nad portfoliem a nad předloženými důkazy ke kompetencím v sociální (sociálně pedagogické) práci.

Datum : 10. 12. 2007

Bc. M. Červenková


podpis pracovníka zařízení
(konzultanta praxe)


podpis studenta


podpis vyučujícího praxe VOŠ

Další materiály k praxi :

- ◆ Smlouva o zajištění odborné praxe
- ◆ Dohoda o provedení práce pro konzultanta praxe (krátce před zahájením praxe)
- ◆ Hodnocení odborné praxe (studentem i zařízením praxe)

2. Hodnocení studenta organizací praxe:


(vyberte a zaškrtněte odpovídající úroveň)

Práce s klienty				
Postoj ke klientovi a jeho potřebám	Nemá zájem o klienta a jeho potřeby	Má malý zájem o klienta a naplňování jeho potřeb	Zajímá se o klienta a je schopný zhodnotit a naplňovat jeho osobní potřeby	Je výrazně empatický. Je schopný samostatně plánovat, naplňovat a zhodnotit klientovy potřeby ✓
Vztah s klientem	Nemá žádný kontakt	Usiluje o kontakt s klientem	Rozvíjí kontakt s klientem	Podporuje přirozený kontakt s klientem ✓
Každodenní práce s klientem	Je pasivní	Pracuje jen pod přímým vedením	Pracuje samostatně	Pracuje cíleně a samostatně. Je schopen sebereflexe ✓
Odborné pracovní dovednosti	Nevyužívá odborné dovednosti	Používá odborné dovednosti jen pod přímým vedením	Používá některé odborné dovednosti samostatně ✓	Využívá příslušné odborné dovednosti kreativně a všestranně ✓
Práce v pracovním týmu				
Postoj k práci	Nedodržuje pracovní dobu a pravidla daná organizací	Dodržuje pravidla a pracovní dobu organizace až po upozornění	Dodržuje pracovní dobu a stanovená pravidla	Dodržuje pravidla a je flexibilní k dalším povinnostem ✓
Spolupráce v týmu	Neúčastní se týmové práce	V týmu je pasivní, bez vlastní iniciativy	Zapojuje se do práce týmu	V týmu je aktivní a kreativní ✓
Vztah se spolupracovníky	Vyhýbá se kontaktům, je zdrojem konfliktů	Navazuje pracovní vztahy	Rozvíjí pracovní vztahy	Vyjadřuje vlastní stanoviska, vytváří zpětnou vazbu ✓
Další odborný růst				
Schopnost stanovit si cíle odborné praxe	Není schopný stanovit si cíle praxe	Je schopný stanovit si cíle s dopomocí	Stanovuje si své cíle samostatně	Kreativně doplňuje vlastní cíle v průběhu praxe ✓
Dovednost supervize	Nemá zájem o konzultaci k problematice	Využívá konzultací	Aktivně se zapojuje do konzultací nebo supervizí	Využívá podnětů ze supervizí k dalšímu zlepšení práce ✓
Dovednost sebehodnocení	Není schopný ohodnotit vlastní práci	Akceptuje hodnocení odborníkem praxe	Uvědomuje si vlastní rezervy (co se ještě potřebuje naučit)	Na základě sebehodnocení zvyšuje svoji odbornou erudovanost ✓

Praxe byla/nebyla realizována v plném rozsahu (zaškrtněte)

Podpis konzultanta odborné praxe

Datum

 Bc. Žervenková
Milada

7. 3. 08

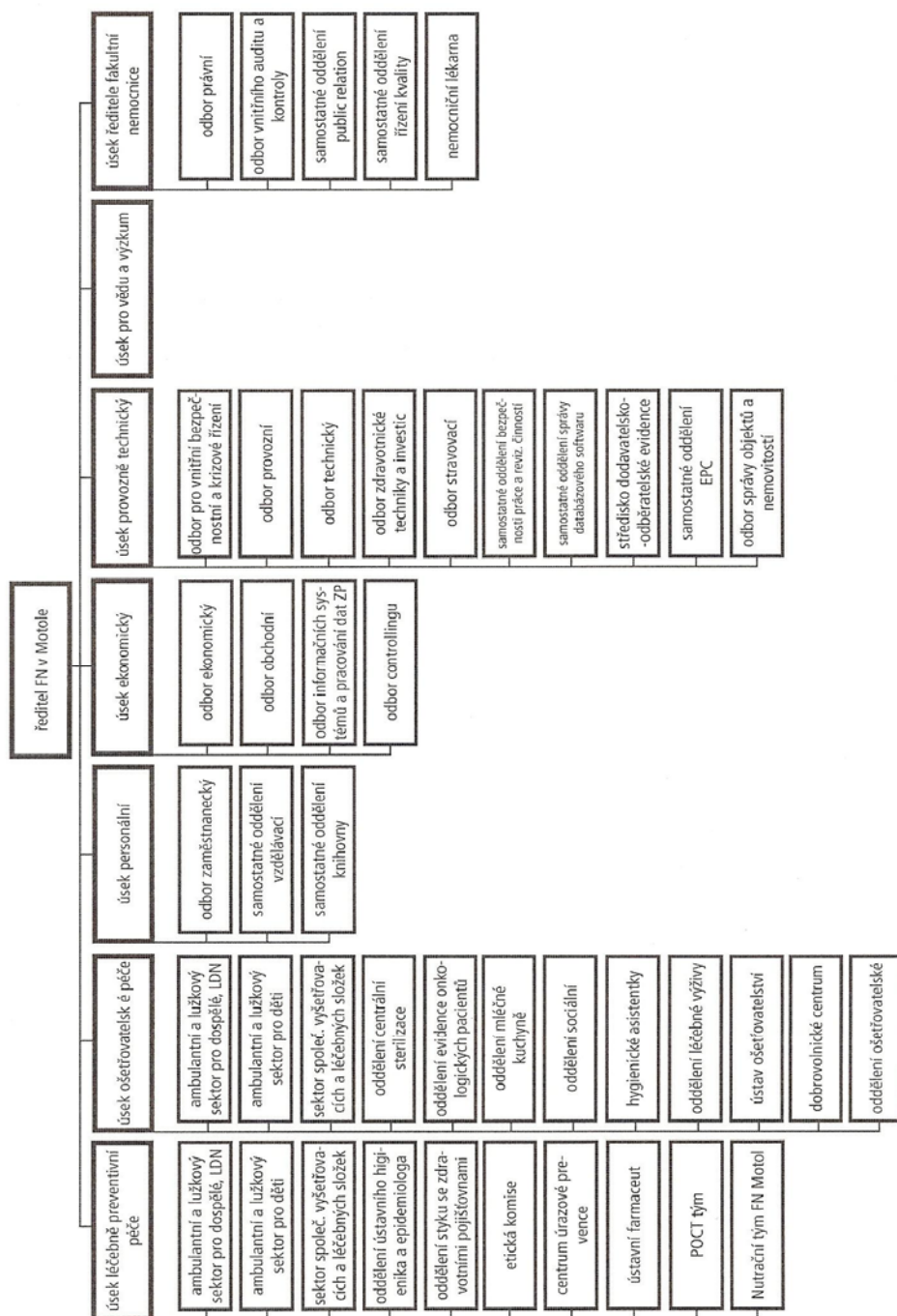
Příloha J – Týdenní plán FSJ ergoterapeuta na Klinice pro neurologickou rehabilitaci BKH Regensburg

Wochenplan FSJ W

vom..... bis Name:.....

UHRZEIT	MONTAG Tageskalender aktual. SH	DIENSTAG Tageskalender aktual. SH	MITTWOCH Tageskalender aktual. SH	DONNERSTAG Tageskalender aktual. SH	FREITAG Tageskalender aktual. SH
7.30 - 8.30	SH	SH	SH	SH	SH
8.30 - 9.30	SH	SH	SH	SH	SH
9.30 - 10.15					
10.15 - 11.00	Motomedgruppe	Motomedgruppe	Motomedgruppe	Motomedgruppe	Motomedgruppe
11.00 - 11.30	GR	GR	GR	ab 11.30 Fortbildung	GR
11.30 - 12.00	GR	GR	GR	Fortbildung	GR
12.00 - 12.30	Team		GR	Fortbildung	
12.30 - 13.30	MITTAGSRUHE	MITTAGSRUHE	MITTAGSRUHE	MITTAGSRUHE	MITTAGSRUHE
13.30 - 14.30	s. Aufgabenliste	s. Aufgabenliste	s. Aufgabenliste	s. Aufgabenliste	s. Aufgabenliste
14.30 - 15.00					
15.00 - 15.30					
15.30 - 16.00					
16.00 - 16.30	Bänke desinfiz. und zusammenschieben; Kissen bez aufräumen,	aufräumen	aufräumen,	aufräumen	aufräumen

Příloha K – Struktura organizace FN Motol



Příloha L – Závěrečné ergoterapeutické zprávy klientů Kliniky pro neurologickou rehabilitaci BKH Regensburg



Bezirksklinikum Regensburg • 93042 Regensburg

Medizinische
Einrichtungen

Fachklinik für Neurologische Rehabilitation
Ärztlicher Direktor Dr. med. Gerhard Weber
Auskunft erteilt: Frau Grandel
Telefon: 0941/941-0
Durchwahl: 0941 / 941 3922
Telefax:
e-mail:
Unser Zeichen:
Dateiname: Dokument1
Ihr Zeichen: ag
Datum: 27.07.2006

Ergotherapeutischer Abschlussbericht

Betrifft: Herr A [REDACTED] **geb:** [REDACTED] 37

Diagnose: siehe Arztbrief

Therapieziele:

- Anbahnung eines dynamisch freien Sitzes und Standes
- Aktivierung der Rumpf- und Bauchmuskulatur links
- Verbesserung der Schulterblattstabilität links
- Anbahnung und Verbesserung von selektiven Funktionen in der linken OE
- Größtmögliche Selbständigkeit beim Waschen und Anziehen
- Steigerung von Konzentration und Aufmerksamkeit

Therapieinhalte:

Selbst-Hilfe-Training nach dem Affolter-Konzept
Motorisch-funktionelle Therapie nach dem Bobath-Konzept

Hilfsmittelversorgung / Angehörigenanleitung: haben im Rahmen der Ergotherapie nicht stattgefunden

Abschlussbericht vom 27.07.2006:

Belastbarkeit: der Patient kann an mehreren aufeinanderfolgenden Therapien teilnehmen; bei motorisch-funktioneller Therapie und beim Waschen benötigt er des öfteren Pausen, da er kurzatmig wird

Lagewechsel / Transfer: vom Liegen zum Sitzen benötigt der Patient leichte Hilfestellung, um den Bewegungsübergang physiologisch auszuführen; vom Sitzen zum Stehen ist er selbständig

Fortbewegung: Fußgänger auf Stationsebene; außerhalb der Station nicht sicher orientiert

Kommunikation: (s. sprachtherapeutischer Bericht), verbal möglich; Pat verbalisiert sehr viel

Nahrungsaufnahme: oral möglich; Patient kann sich mit Einhänderbrett das Frühstück selbst bereiten; zum Schneiden von Fleisch benötigt er Hilfe

Kognitive Leistungen im Alltag/Handlungsplanung:

Bzgl. der Handlungsplanung ist der Patient jetzt beim Waschen und Anziehen unauffällig

Medizinische Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz
Werkleitung: Kurt Häupl (Geschäftsführer)
Universitätsstraße 84 • 93053 Regensburg

Internet: <http://www.medbo.de>

Standort: Bezirksklinikum Regensburg
Universitätsstraße 84 • 93053 Regensburg

Bankverbindung:
HypoVereinsbank Regensburg BLZ 750 200 73, Konto-Nr. 8317100

Sparkasse Regensburg, BLZ 750 500 00, Konto-Nr. 1012020

Wirtschaftsnummer: 673970655

Verkehrsanbindung:
Sie erreichen das Bezirksklinikum mit den Buslinien 6 und 11 ab Hauptbahnhof.



Auffälligkeiten zeigen sich allerdings noch bzgl. seiner Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistungen: der Patient ist sehr leicht ablenkbar (sowohl durch interne wie externe Reize) und kann sich auch bei der motorisch-funktionellen Behandlung nur schwer konzentrieren! Seine Gedächtnisleistungen konnten verbessert werden, er erinnert sich jetzt besser an Therapieinhalte! Hat aber nach wie vor Probleme sich Dinge über längeren Zeitraum zu merken!

Motorisch-funktioneller Status:

Kopf (ASTE Sitz): Kopfkontrolle ist gegeben; Rotation ist zu beiden Seiten aktiv möglich

Rumpf (ASTE Sitz): statisch und dynamisch freier Sitz möglich; Bauchmuskulatur links noch leicht hypoton

Obere Extremitäten:

Rechte OE: altersentsprechende Funktionen; Patient ist überaktiv und vorschnell mit der rechten OE

Linke OE: beginnende Funktionen in allen Gelenken

Schultergelenk noch leicht subluxiert; Scapulaanbindung an den Rumpf noch reduziert

Elevation aktiv bis ca. 70°Grad möglich, dann Kompensation mit Rumpf

Abduktion ca. 50°Grad aktiv möglich, dann Kompensation mit Rumpf

Ellbogenextension aktiv endgradig möglich; Ellbogenflexion nicht vollständig aktiv endgradig möglich

Handgelenkextension mittelgradig aktiv möglich

Extension der Finger endgradig möglich

Flexion der Finger in MCP nur mittelgradig aktiv möglich, dann Schmerzen; auch passiv nicht vollständig endgradig möglich

Flexion in PIP- und DIP-Gelenken im endgradigen Bereich aktiv möglich

Hand und Finger sind immer wieder stark ödematös!!!!

Der Patient vernachlässigt die linke OE noch teilweise und muss immer wieder dazu aufgefordert werden sie im Alltag mit einzubeziehen und sie richtig am Tisch zu lagern!

Untere Extremitäten:

Funktionen in allen Gelenken;

Statisch freier Stand möglich, dynamischer Stand noch leicht eingeschränkt!

Fußgänger auf allen Strecken

Anna G.
Ergotherapeutin

Ergotherapeutischer Abschlussbericht

Betrifft: Herr K [REDACTED] geb: [REDACTED] 55

Diagnose:

Inkomplette Querschnittslähmung auf Höhe BWK 7 / 8

Weitere Diagnosen siehe Arztbericht

Therapieziele:

Verbesserung aller Lagewechsel und Transfers

Freier Stand und sicherer Gang ohne Hilfsmittel

Steigerung des Bewegungsausmaß und der Kraft in beiden Oberen Extremitäten

Verbesserung / Aktivierung vor allem der rechten Bauch- und Rumpfmuskulatur

Funktionsausbau in der rechten Unteren Extremität incl. Steigerung der Kraft

Steigerung der Belastbarkeit und Ausdauer

Therapieinhalte:

Motorisch funktionelle Einzeltherapie

Therapie mit dem Help-Arm

Hilfsmittelversorgung / Angehörigenanleitung: haben im Rahmen der Ergotherapie nicht stattgefunden

Abschlussbericht vom 01.06.2006:

Belastbarkeit: konnte gesteigert werden, ist allerdings bei 45min motorisch-funktioneller Therapie noch leicht reduziert;

Lagewechsel / Transfer: Herr K. führt alle Lagewechsel vom Liegen zum Sitzen und zum Stand ohne Hilfestellung selbst aus; mit leichter Kompensation kann er sich selbst auf beide Seiten und auf den Bauch drehen;

Fortbewegung: Herr K. legt jetzt auf Station alle Strecken zu Fuß ohne Unterarmgehstützen zurück; dabei fällt rechts noch eine leichte Zirkumduktionsbewegung und eine leichte Schonhaltung auf, die seit der Fraktur der Beckenschaufel rechts etwas ausgeprägter ist; das Gangbild ist dadurch und durch die kraftgeminderte Fußmuskulatur rechts noch nicht ganz flüssig

beim Aussentraining in der Stadt benützt er noch seine Stützen

Kommunikation: verbal uneingeschränkt möglich

Medizinische Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz
Verkleitung: Kurt Häupl (Geschäftsführer)
Universitätsstraße 84 • 93053 Regensburg

Internet: <http://www.medbo.de>

Standort: Bezirksklinikum Regensburg
Universitätsstraße 84 • 93053 Regensburg
Bankverbindung:
HypoVereinsbank Regensburg BLZ 750 200 73, Konto-Nr. 8317100
Sparkasse Regensburg, BLZ 750 500 00, Konto-Nr. 1012020
Wirtschaftsnummer: 073970655

Verkehrsanbindung:
Sie erreichen das Bezirksklinikum mit den Buslinien 6 und 11 ab Hauptbahnhof.



Nahrungsaufnahme: oral möglich; keine Einschränkungen bei der Essensvorbereitung

Kognitive Leistungen im Alltag/Handlungsplanung:

Kognitiv keine Defizite erkennbar

Motorisch-funktioneller Status:

Kopf (ASTE Sitz): frei beweglich

Rumpf (ASTE Sitz):

Statisch und dynamisch freier Sitz möglich

Meist kyphotische Sitzhaltung, Oberkörperaufrichtung ist aktiv möglich, kann aber nicht über längeren Zeitraum gehalten werden

Rechte Rumpfseite vor allem tiefe Bauchmuskulatur noch reduziert (M Quadratus lumborum KG 3-4),

Lateralflexion auf der rechten Seite noch eingeschränkt

Rotation zu beiden Seiten eingeschränkt (Frakturen in BWS)

Vier-Füßlerstand und Kniestand sind selbständig möglich

Einbeinstand auf dem rechten Bein nur mit Festhalten möglich, auf dem linken Bein kurz frei möglich;

Zehenstand aktiv mit Festhalten möglich

Herr K. kommt selbständig auf den Boden runter, beim Aufstehen vom Boden benötigt er noch leichte Kontakthilfe am Rumpf bzw. einen Hocker oder ähnliches zum Hochstützen

Gleichgewichtsreaktionen sind noch leicht reduziert (vor allem die Equilibriumreaktionen im rechten Fuß)

Obere Extremitäten:

Beidseits keine Einschränkungen mehr bzgl. Kraft und Feinmotorik in Finger, Handgelenk und Ellbogengelenk (insgesamt Kraftgrad 5, auch in M. Biceps und M. Triceps!)

Das Tragen von Gegenständen stellt für den Patienten kein Problem mehr da

Die Schultern und Arme zeigen gute Stützaktivitäten, so dass Hr. K. z.B. beim Benutzen der Badewanne, die teilweise noch vorhandene Kraftreduzierung in der rechten UE damit ausgleichen kann und selbständig baden kann!

Linke OE:

Schulterblatmmuskulatur (M. serratus anterior und Mm Rhomboidei) noch leicht kraftreduziert (Kraftgrad 4), Schulterblattanbindung im Vergleich zu rechter Seite noch leicht reduziert

Elevation noch minimal im Bewegungsausmaß eingeschränkt und kraftreduziert

Außenrotation nicht aktiv endgradig möglich und kraftreduziert (KG 4)

Rechte OE:

Mm Rhomboidei noch leicht kraftgemindert

Außenrotation noch leicht kraftgemindert

Untere Extremitäten:

Die letzten zwei Wochen vor Entlassung wurde eine Beckenschaufelfraktur rechts festgestellt, dadurch musste vor allem die rechte Becken- und Rumpfseite vermehrt geschont werden, es konnte nicht mehr gegen Widerstand gearbeitet werden! Der Patient gibt bei Entlassung noch teilweise leichte Schmerzen im Becken bzw. unteren Rumpf rechts an!

Linke UE: war von Anfang an die aktivere Seite (Kraftgrad 2-4)

Hüftgelenk: Flex / Ext KG 5, Abd /Add KG 4-5, Innenrot / Außenrot KG 4

Kniegelenk: Extension und Flexion KG 5

Fuß: Plantarflexion KG 5

Supination / Pronation KG 4

Zehenextension / flexion KG 5

Rechte UE: bei Aufnahmesituation minimal beginnende Funktionen in Hüfte und Knie

Hüftgelenk: Flex / Ext KG 3; Abd /Add KG 2-3 (nicht sicher befundbar, da Fraktur)

Kniegelenk: Extension KG 4-5 und Flexion KG 4

Fuß: Plantarflexion KG 4



Supination / Pronation KG 2-3

Zehenextension / flexion KG 3

Patient gibt allgemein an, dass der rechte Fuß etwas steifer und unbeweglicher ist!

Zusätzlich zur Einzeltherapie arbeitet der Patient im Rahmen der Therapie selbständig anfangs mit dem Help-arm, später mit dem Terra-Band zur Steigerung der Kraft und des Bewegungsausmaßes in den Oberen Extremitäten!

Mit dem Patienten wurde ein Eigenübungsprogramm für Obere und Untere Extremitäten erarbeitet, dass er selbständig zuhause ausführen kann.

Eine weitere ambulante Therapie halte ich zur Steigerung von Kraft und Bewegungsausmaß in Unterer und Oberer Extremität für notwendig!

Für weitere Fragen stehe ich Ihnen gerne unter oben angegebener Telefonnummer zur Verfügung!

Mit freundlichen Grüßen

Anna G.
Ergotherapeutin

Betrifft:

Ergotherapeutischer Abschlussbericht

Betrifft: Herr K [REDACTED] ; geb.: [REDACTED] 39

Diagnose: - Polyradikulitis Guillain- Barre
- Tetraparese

Aufnahmebefund vom 11.04.2006:

Belastbarkeit: noch reduziert
Lagewechsel: Mit 2 Hilfspersonen und maximaler Hilfestellung
Transfer: Mit 2 Hilfspersonen und maximaler Hilfestellung und Rutschbrett
Fortbewegung: passiv im Aktivrollstuhl, Kein selbständiges Rollstuhlhandlung
Kommunikation: (s. sprachtherapeutischer Bericht), verbal möglich
Nahrungsaufnahme: Essen und Trinken muss wegen motorischer Defizite eingegeben werden, kalorienreduzierte Kost;
Kognitive Leistungen im Alltag/Handlungsplanung: ohne Befund;
Vollständig orientiert

Motorisch-funktioneller Status:

Kopf (ASTE Sitz): kann gehalten werden, leichte Einschränkungen der aktiven Rotation und der dorsal- Extension;

Rumpf (ASTE Sitz):
Kein statisch freier Sitz möglich.

Gute Funktionen im Schultergürtel und oberem Rumpf sind vorhanden, diese versucht der Patient kompensatorisch zu nutzen, um z. B. die Oberkörperaufrichtung oder einen freien Sitz zu erreichen.

Der untere Rumpf ist hypoton, aktive Hüftbewegungen sind kaum möglich. Die passive, wie aktive Rotation ist eingeschränkt, ebenso die Lateralflexion auf beiden Seiten. Die Oberkörpervorlage ist ebenso eingeschränkt.

Medizinische Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz
Werkleitung: Kurt Häupl (Geschäftsführer)
Universitätsstraße 84 • 93053 Regensburg

Internet: <http://www.medbo.de>

Standort: Bezirksklinikum Regensburg
Universitätsstraße 84 • 93053 Regensburg

Bankverbindung:
HypoVereinsbank Regensburg BLZ 750 200 73, Konto-Nr. 8317100
Sparkasse Regensburg, BLZ 750 500 00, Konto-Nr. 1012020

Wirtschaftsnummer: 073970655

Verkehrsbindung:
Sie erreichen das Bezirksklinikum mit den Buslinien 6 und 11 ab Hauptbahnhof.

Obere Extremitäten:

Beide Schultern zeigen gute beginnende Funktionen, vor allem sind Elevation und Depression aktiv gut möglich, Ante- und Retroversion sind noch eingeschränkt. Passiv hat der Patient Einschränkungen in Elevation(ca. 90°) und Außenrotation. Die Funktionen nehmen von proximal nach distal stetig ab, eine aktive Beugung oder Streckung im Ellbogen ist nicht möglich. Auch die Handgelenke und Finger sind plegisch und zu dem stark ödematös und im passiven Bewegungsausmaß stark eingeschränkt. Ein passiver Faustschluss oder die Opposition ist nicht möglich. Die Extension der Finger ist endgradig.

Untere Extremitäten:

Der Patient zeigt leichte beginnende Funktionen in der Hüfte. Er ist nicht in der Lage, die Beine in Rückenlage aufgestellt zu halten. Auch hier zeigen sich Schwellungen und eine Hautveränderung an beiden Unterschenkeln. Die Beine fallen im gestreckten Zustand, aber auch im Sitz im Rollstuhl stark in Außenrotation, die Innenrotation ist auch passiv eingeschränkt.

Der Patient ist in der Lage, ca. 20 Min im Stehständer zu stehen, kann aber beim Aufstehen und Hinsetzen nicht aktiv mithelfen.

Therapieziele:

- Belastbarkeit steigern
- Passives Bewegungsausmaß aller Extremitäten erhalten/erweitern
- Kräftigung der Rumpfmuskulatur mit dem Ziel eines statisch und dynamisch freien Sitzes
- Erleichterung des Transfers durch Verbesserung der Oberkörpervorlage
- Funktionsanbahnung in den oberen Extremitäten

Therapieinhalte:

- **motorisch- funktionelle Therapie nach Bobath**
- **Helparm Training**

Hilfsmittelversorgung und Angehörigenanleitung: haben im Rahmen der Ergotherapie nicht stattgefunden

Abschlußbericht vom 03.07.2006:

Bezüglich des Aufnahmebefundes ergaben sich im Rahmen der Ergotherapie folgende Veränderungen:

Inzwischen ist der Patient in der Lage auch auf weicher Unterlage (Bettrand) statisch frei zu sitzen, auf festerer Unterlage ist der Sitz auch dynamisch in Grenzen möglich.

Die Rumpfmuskulatur ist soweit gestärkt, dass eine aktive Oberkörperaufrichtung, eine mittelgradige Rotation und Lateralflexion beidseits möglich ist. Die Oberkörpervorlage ist wesentlich verbessert, so dass der Transfer leichter ist. Er kann Gewicht auf die Beine übernehmen, jedoch wird der Transfer immer noch meist mit zwei Hilfspersonen und Rutschbrett durchgeführt.

Auch die Funktionen beider Arme wurden verbessert (M. Biceps, M. Triceps, M. Deltoideus zeigen beginnende Funktionen), so dass er beide Arme selbständig, aber noch kompensatorisch über die Schultermuskulatur von dem Schoß auf den Tisch legen kann. Im



Rollstuhl sitzend kann er die Arme zu den Greifreifen des Stuhls bringen und sich teilweise selbst antreiben (meist aber rückwärts). Dies geschieht aber über massive Kompensation im Schultergürtel und ist absolut nicht alltagsrelevant, wird aber vom Patienten trotz therapeutischen Abratens selbst praktiziert.

Auf Tischebene kann der Patient beide Arme beugen und strecken und so sich Gegenstände am Tisch herholen bzw. wegschieben.

Die Adduktion und Innenrotation sind aktiv beidseits möglich und auch die Beugung im Ellbogen ist unter Aufhebung der Schwerkraft möglich (M. Biceps zeigt gute beginnende Funktionen, Arm kann aber nicht gegen die Schwerkraft gebeugt werden → Patient kann Arm nicht selbst zum Mund / Gesicht bringen). Beide Arme können ca. bis 50° Grad im Schultergelenk gegen die Schwerkraft gehoben werden. Pro- und Supination sind beidseits aktiv mittelgradig möglich.

Handgelenksexension und -flexion ist rechts minimal beginnend möglich, links keine Funktion erkennbar!

In den Finger links zeigt er beginnende Funktionen für Extension und Flexion im Daumen und in allen PIP und DIP-Gelenken; nach therapeutischer Mobilisation ist passiv fast ein vollständiger Faustschluss möglich.

Funktionen in den Finger rechts sind nur im Daumen und Zeigefinger aktiv erkennbar; passiv sind die MCP, PIP und DIP-Gelenke deutlich eingeschränkt; es ist kein Faustschluss möglich! Die Funktionen in beiden Händen und Fingern haben aber noch keinerlei Alltagsrelevanz (keine Haltefunktion etc möglich)!

Die Handödem konnten deutlich reduziert werden!

Eine weitere ergotherapeutische Behandlung wäre dringend anzuraten, da der Patient bzgl. der Funktionen in den Armen noch weitere Fortschritte erzielen kann und dadurch mehr Lebensqualität und Selbständigkeit erzielen könnte!

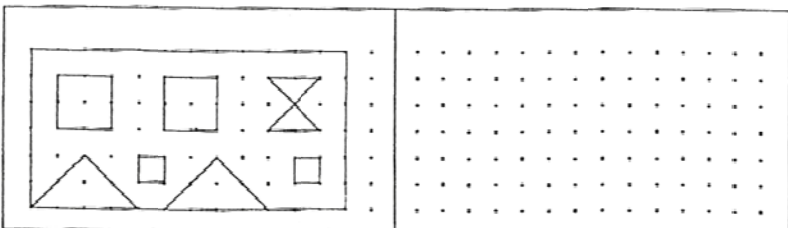
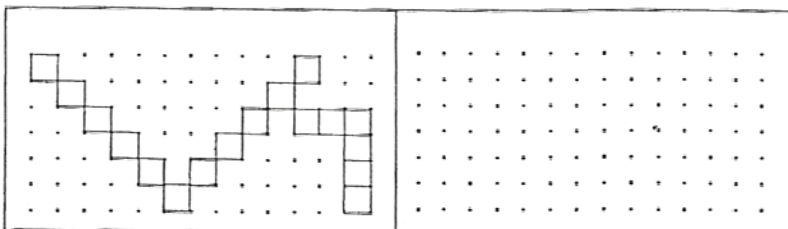
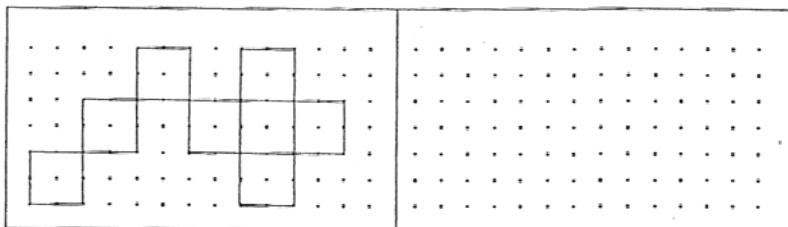
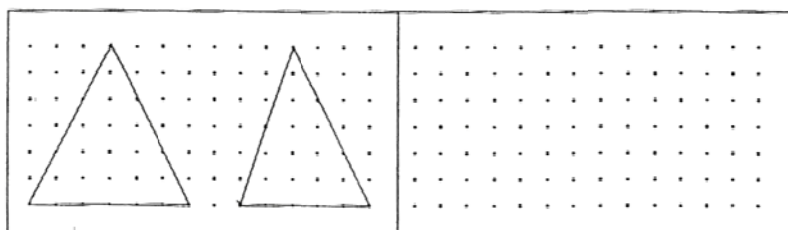
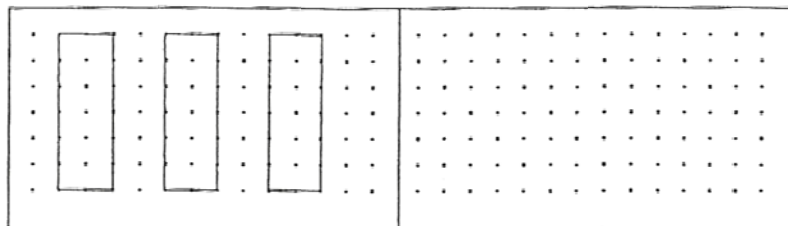
Anna G.
Ergotherapeutin

Příloha M – Některé z možných pracovních listů posilující kognitivní funkce

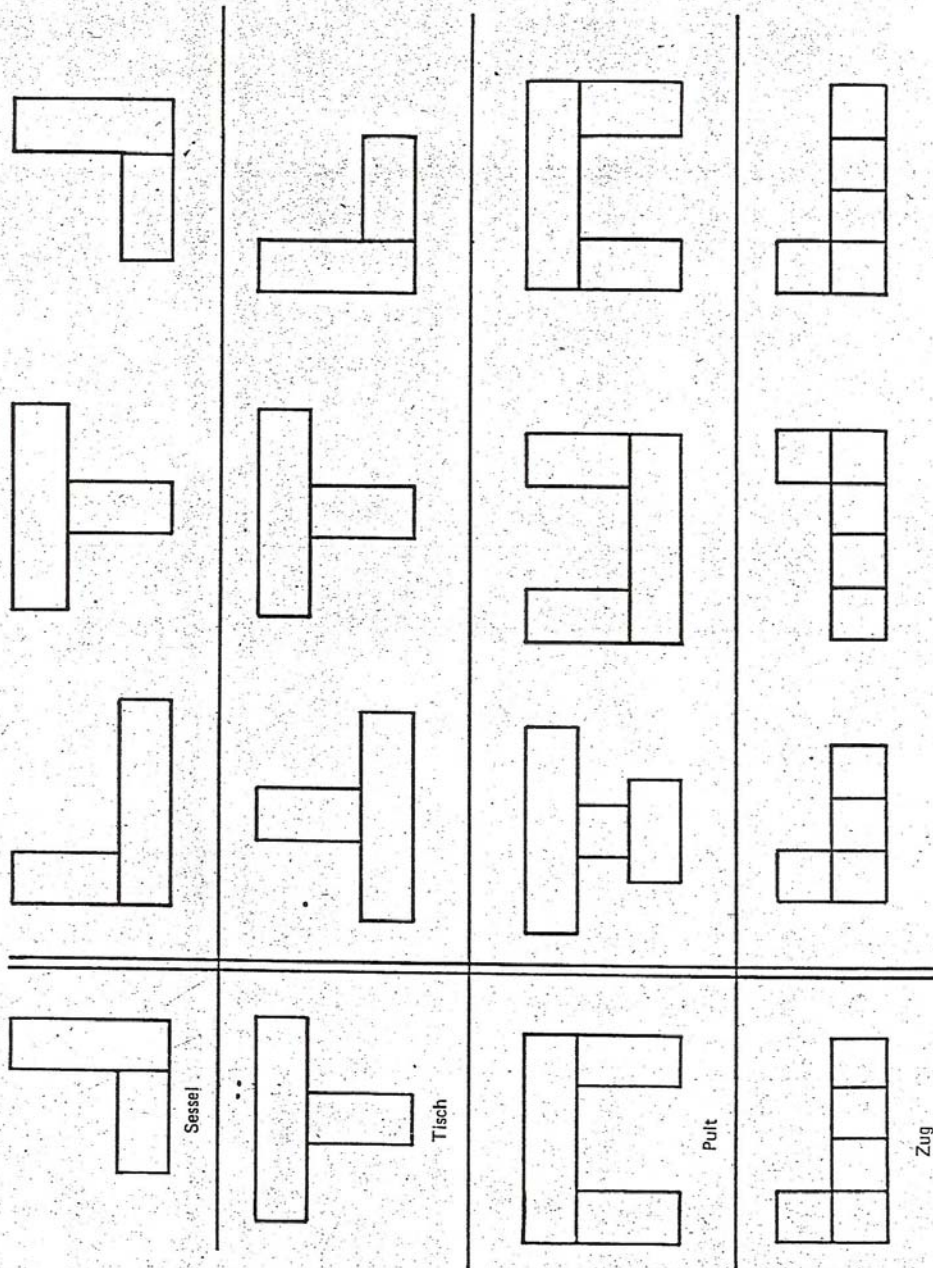
Spoj čarou stejná písmena. Obtáhni je stejnou pastelkou.

A T L V
K A
L I
H N H T
I E V
N E K
N E

Zeichne die Figuren genau nach!



© Verlag Margot Harbert
Postfach 1235 · 7410 Reutlingen



Deutsche Rechte 1972 Schroedel Schulbuchverlag GmbH, Hannover

— + 10 = 75	45	55	65
— + 20 = 72	52	62	82
— + 10 = 63	43	53	73
— + 30 = 54	14	44	24
— + 20 = 75	55	65	95
— + 40 = 66	46	26	16
— + 30 = 91	51	61	71
— + 50 = 82	12	42	32
— + 30 = 43	13	33	73
— + 60 = 94	44	34	14
— + 70 = 81	21	41	11
— + 10 = 39	19	29	39
— + 30 = 62	12	22	32
— + 40 = 58	18	48	28
— + 20 = 87	67	57	77
— + 50 = 90	20	40	60
— + 10 = 47	27	57	37
— + 30 = 82	52	42	32
— + 60 = 84	44	24	14
— + 40 = 57	7	47	17

16 + — = 66	50	60	70
31 + — = 71	30	20	40
44 + — = 84	50	40	30
74 + — = 94	20	30	10
55 + — = 85	50	40	30
58 + — = 78	10	20	60
21 + — = 91	90	70	80
42 + — = 92	50	40	70
46 + — = 56	30	20	10
66 + — = 96	40	30	20
52 + — = 72	20	40	10
31 + — = 91	50	60	70
49 + — = 69	20	10	40
15 + — = 85	90	30	70
12 + — = 22	20	40	10
63 + — = 93	60	30	20
28 + — = 68	40	30	50
72 + — = 82	50	20	10
17 + — = 97	30	80	60
22 + — = 72	50	40	10

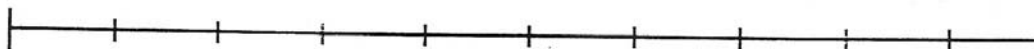
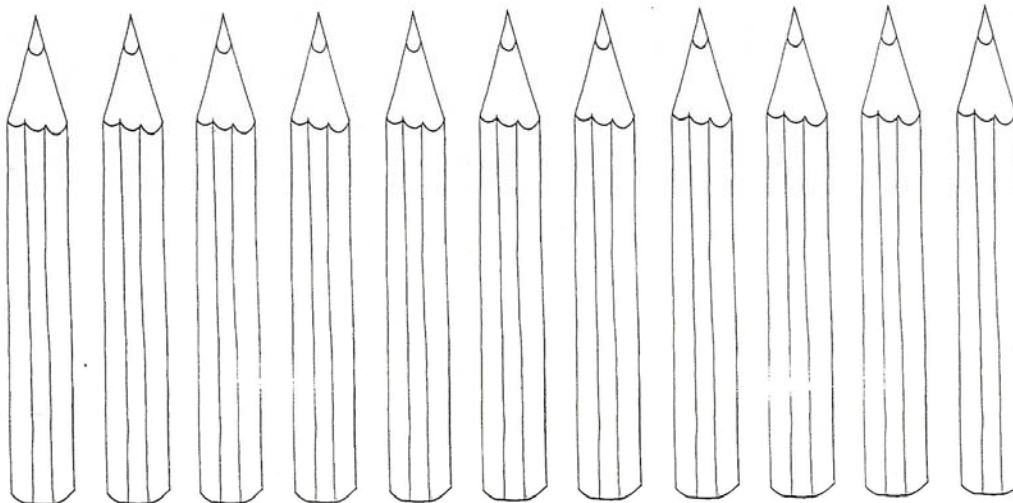
Vybarvi pastelky podle pokynů zleva do prava.

L → P

1. první žlutě
2. poslední černě
3. třetí zprava zeleně

4. druhou zleva růžově
5. předposlední hnědě
6. prostřední škrtni

7. vpravo od prostřední modře
8. vlevo od prostřední fialově
9. čtvrtou zleva červeně



1. Označ díly číslicemi 0 - 10.

2. Škrtni nesprávné slovo

Číslice vpravo od 7 jsou větší - menší než 7.

Číslice vlevo od 5 jsou větší - menší než 5.

Číslice hned před 8 je větší - menší než 10.

Číslice hned za 4 je větší - menší než 2.

3. Zapiš číslice vpravo od 8 _____ .

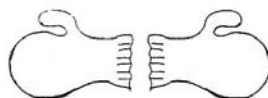
4. Zapiš číslice vlevo od 4 _____ .

Vybarvi:

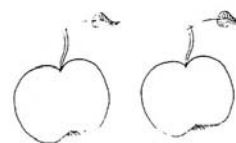
pravý rukáv



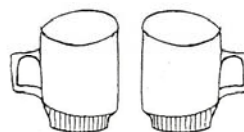
levou rukavici



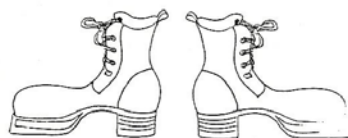
jablko vlevo



hrníček vpravo



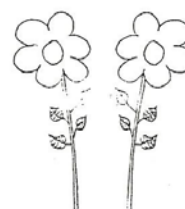
levou botu



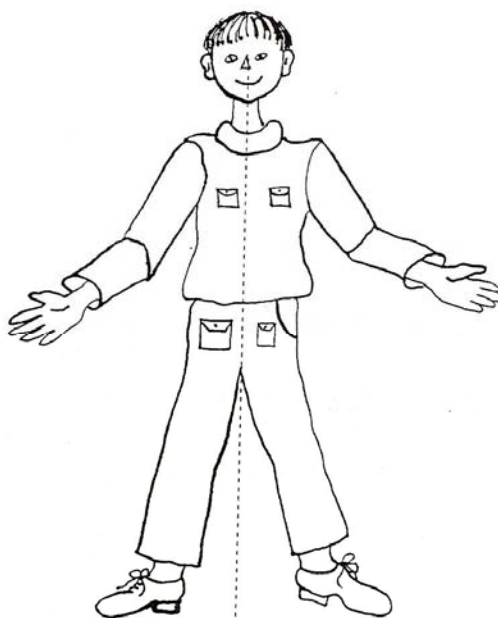
pravou stranu sešitu



květinu vlevo



Vybarvi:

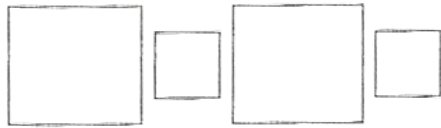


1. pravý rukáv červeně
4. levou nohavici červeně

2. levý rukáv modře
5. levou kapsu černě

3. pravou nohavici modře
6. pravou kapsu žlutě

Wie geht es weiter?



1 2 3 1

© Verlag Marost Haebler
Postfach 1735 · 7410 Reislingen

Wochenplan

1. Täglich ist von 7.30 bis 8.30 Uhr Selbsthilfe (Waschen und Anze^{ie}hen) mit der Ergotherapie einzuplanen, außer am Dienstag.
2. Das Frühstück findet täglich von 8.30 bis 9.30 Uhr statt, außer am Dienstag. Am Dienstag ist von 7.30 bis 8.30 Uhr Frühstück.
3. Montag, Mittwoch und Freitag ist ab 9.30 Uhr eine Stunde Neuropsychologie.
Zur selben Zeit ist am Dienstag Ergotherapie und am Donnerstag Sprachtherapie.
4. Die Physiotherapie soll täglich von 10.30 bis 11.30 Uhr eingeplant werden, außer am Mittwoch.
Am Mittwoch soll diese Therapie 1 Stunde nachmittags eingetragen werden.
5. Das Mittagessen ist täglich von 11.30 bis 12.30 Uhr.
6. Montag Nachmittag ist ein einstündiges Einkaufstraining mit der Ergotherapie vorgesehen.
7. Ein weiterer einstündiger Ergotherapietermin soll Mittwoch Vormittag eingetragen werden (Kochgruppe) und am Freitag Nachmittag (Schreibgruppe).
8. Orthoptiktermine sollen Dienstag Vormittag und Donnerstag Nachmittag eingeplant werden.
Der Vormittagstermin soll 1 Stunde dauern, der Nachmittagstermin 30 Minuten.
9. Dienstag von 15.00 bis 15.30 Uhr ist eine halbe Stunde Sprachtherapie einzutragen.
Anschließend findet eine Stunde Kunsttherapie statt.
10. Donnerstag ist vor 16.30 Uhr noch eine Stunde Recreation einzutragen.
11. Mittwoch Nachmittag ist eine EKG Untersuchung geplant. Dauer: 30 Minuten.
12. Zum Schluß sind noch zwei halbstündige Termine für Ergometertraining einzutragen.

Wocheplan	Name	Woche vom	bis
Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch
7.30-8.30			Donnerstag
8.30-9.30			Freitag
9.30-10.30			
10.30-11.30			
11.30-12.30			
13.45-15.00	Pause	Pause	Pause
15.00-15.30			
15.30-16.00			
16.00-16.30			

Příloha N – Strukturovaný rozhovor – Přínos ergoterapie pro samostatnost klienta

1. Iniciály klienta:

- Pohlaví.....
- Věk.....
- Rodinný stav.....
- Povolání.....

2. Z jakého důvodu jste hospitalizován/a v FN Motol?

3. Jak dlouho (od kdy) jste již hospitalizován/a v FN Motol?

4. Jak dlouho probíhá ve FN Motol Vaše rehabilitace pod vedením ergoterapeuta?

5. Pomohla Vám ergoterapie zvýšit Vaši samostatnost při některých běžných denních činnostech:

- Oblékání/ svlékání.....
- Sprchování.....
- Koupání.....
- Toaleta.....
- Přesuny (na postel, na toaletu.....)
- Práce v kuchyni.....

6. Zlepšila se Vám pod odborným vedením ergoterapeuta jemná motorika, pokud ano, jak?

7. Pozorujete zlepšení hrubé motoriky, pokud ano, jaké?

8. Pomohla Vám ergoterapie zlepšit Vaši řeč?
9. Ovlivnila ergoterapie Vaši paměť, koncentraci, logiku...?
10. Dozvěděl/a jste se od svého ergoterapeuta, jaké cviky můžete cvičit i doma pro zlepšení či udržení Vašeho dosavadního zdravotního stavu?
11. Doporučil Vám ergoterapeut kompenzační pomůcky, které by Vám mohly napomoci ve Vaší soběstačnosti?
12. V čem, co se týká Vašeho dosavadního zdravotního stavu, ještě vnímáte obtíže?
13. Co jste se během ergoterapie nenaučil/a a chtěl/a jste se naučit?
14. Domníváte se, že se celkově Vaše samostatnost od hospitalizace až doposud díky působení ergoterapie zlepšila/ zhoršila/ zůstala stejná?
15. Chcete ještě něco dodat, co se týká Vaší ergoterapeutické rehabilitace?

