

Zpravodaj projektu PREGNET



PREG
net

Číslo 9
7/2014

**Cíl zůstává
stejný jako na
začátku -
úspěch
rehabilitace
v produktivním
věku je
zaměstnanost.**

*Druhá část rozhovoru
s doc. MUDr. Olgou
Švestkovou na str. 4*

Úvodní slovo

Přibližně každý desátý občan České republiky se potýká se zdravotním postižením, které mu v různé míře komplikuje vstup nebo dlouhodobé udržení se na pracovním trhu. Od roku 2004 je zákonem zakotveno právo těchto občanů požádat Úřad práce ČR o pomoc při překonání této bariéry prostřednictvím tzv. „**pracovní rehabilitace**“.

Pracovní rehabilitace si klade za cíl, na základě vytvořených postupů a s důrazem na individuální přístup ke zdravotně postiženým, zvýšit šance jejich uplatnění na otevřeném trhu práce. V rámci začleňování OZP na trh práce se prokázalo jako velmi efektivní, pokud jednotlivé subjekty zajišťující služby účastníkům pracovní rehabilitace úzce spolupracují. Mezi základní pilíře patří především zaměstnavatelé, vzdělávací a poradenské organizace, zdravotnická zařízení a Úřad práce ČR, jako koordinátor a zadavatel celého procesu.

Účelem projektu PREGNET je navázat na úspěšný projekt Rehabilitace – aktivace – práce (2004 – 2008), který pilotně ověřil funkčnost a přínos těchto vazeb v 6 krajích ČR. V rámci navazujícího projektu PREGNET vzniká regionální síť i ve zbývajících krajích ČR a na podzim roku 2013 zde byla pilotně ověřena její funkčnost.

Účastníkem pracovní rehabilitace mohou být tyto cílové skupiny:

- osoba se zdravotním postižením (uznaná ČSSZ)
- osoba, která je uznána dočasně práce neschopnou, a pracovní rehabilitaci jí doporučil ošetřující lékař
- osoba, která v rámci kontrolní lékařské prohlídky přestala být invalidní a pracovní rehabilitaci jí doporučila okresní správa sociálního zabezpečení
- osoba, která byla orgánem sociálního zabezpečení posouzena, že již není invalidní, a to po dobu 12 měsíců ode dne tohoto posouzení



Evropský sociální fond v ČR
Podporujeme vaši budoucnost
www.esfcr.cz

Vydává:

Vzdělávací společnost EDOST, s. r. o. jako občasník v rámci projektu „Regionální síť spolupráce v pracovní rehabilitaci (PREGNET)“, CZ.1.04/2.2.00/11.00008

Adresa redakce:
Cihlářská 4132, Chomutov 430 01
Patrik Růcker - p.rucker@edost.cz

www.pracovnirehabilitace.cz



PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

Představení ergodiagnostických pracovišť Nemocnice Třebíč

Seriál článků, které podrobně mapují nově vzniklá ergodiagnostická pracoviště vytvořená v rámci projektu PREGNET zakončíme v tomto čísle posledním nově vzniklým ergodiagnostickým centrem.

Tentokrát zavítáme na Vysočinu a představíme si ergodiagnostické centrum, které funguje při rehabilitačním oddělení nemocnice v Třebíči.

Pro připomenutí uvádíme, že v rámci projektu PREGNET byla doplněna stávající síť ergodiagnostických center (EDC) o 7 nových pracovišť:

1. Klinika léčebné rehabilitace, Fakultní nemocnice Ostrava
2. Rehabilitační oddělení, Krajská nemocnice Tomáše Bati Zlín
3. Rehabilitační oddělení, Fakultní nemocnice Brno
4. Centrum léčebné rehabilitace, Středomoravská nemocniční a. s. o. z. Nemocnice Prostějov
5. Oddělení léč. rehabilitace, Fakultní nemocnice Plzeň
6. Rehabilitační oddělení, Krajská nemocnice Liberec, a.s.
7. Rehabilitační odd. Nemocnice Třebíč, p. o.

Rehabilitační oddělení nemocnice Třebíč poskytuje komplexní léčebnou rehabilitační péči pro širokou škálu onemocnění všech věkových skupin. Úzce spolupracuje s ostatními klinickými obory a péči zajišťuje nejen na RHB oddělení, ale i u pacientů, kteří jsou hospitalizováni na lůžkách všech oddělení nemocnice Třebíč v návaznosti na operativu a léčebné programy.

Rehabilitační oddělení je schopno ošetřit i omezený počet pacientů v ambulantním sektoru.

Oddělení je moderně vybaveno přístroji pro fyzikální léčbu, disponuje moderní vodoléčbou a bazénem. Největším vkladem jsou však ruce a zkušenosti všech pracovníků rehabilitačního oddělení.

Posláním rehabilitačního oddělení třebíčské nemocnice je komplexní léčba pacientů, tedy nejen péče o pohybový aparát, ale i duši člověka a jeho sociální zázemí.

Struktura oddělení

Rehabilitační oddělení se skládá z části lůžkové a ambulantní. Oddělení lůžkové rehabilitace nabízí péči na 26 lůžkách v nově postaveném pavilonu.

Lůžkové oddělení nabízí "akutní" rehabilitační péči, kdy hospitalizace pacienta probíhá cca 14 dní, ve výjimečných případech i 3 týdny.

Oddělení zabezpečuje komplexní rehabilitační služby včetně poradenství v oblasti výběru rehabilitačních pomůcek.

Terapeutické možnosti oddělení:

- **LTV na neurofyziologickém podkladě**
- **Měkké a mobilizační techniky**
- **Terapie na "Redcord" systému**
- **Kinesiotapejping**
- **Nestabilní plochy** (Bosu, Flexi-bar, Flowin, Propriofoot, Posturomed, Aquahit, balanční plochy a míče, trampolína a jiné)
- **Elektroléčebné procedury**
- **Vodoléčebné procedury**
- **Ergoterapeut:** pro potřeby ergoterapeutiky máme zařízenou pracovnu pro individuální ergoterapii.

Pracovníci

- V čele oddělení stojí primářka.
- Lékařky s atestací v oboru rehabilitační a fyzikální medicíny.
- Staniční sestra, sestry v ambulantní a lůžkové části
- vedoucí fyzioterapeutka, fyzioterapeuti, ergoterapeuti a maséři.



evropský
sociální
fond v ČR
EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

Aktuálně

- ✓ Předání finálních verzí metodik pro pracovníky ÚP ČR a ergodiagnostická centra
- ✓ Tisk a distribuce výstupů
- ✓ Individuální práce s vybranými zaměstnavateli s cílem vyřešit aktuální potřeby v oblasti zaměstnávání OZP



Připravujeme

- ✓ Zpracování a předání závěrečné zprávy
- ✓ Uzavření veřejné zakázky
- ✓ Publicita projektu

ROZHOVOR

V předposledním čísle měsíčníku projektu PREGNET Vám přinášíme druhou část rozhovoru, který proběhl s doc. MUDr. Olgou Švestkovou na téma proces hodnocení funkčních schopností osob se zdravotním postižením a rozvoj ergodiagnostiky v ČR.

Doc. MUDr. Olga
Švestková Ph. D.

Přednostka kliniky
rehabilitačního lékařství 1.
LF UK a VFN Praha



Ergodiagnostika je pouze jednou z částí celého procesu pomoci člověku s disabilitou na trh práce, a vůbec do společnosti. V tomto procesu se hovoří min. o 4 základních oblastech rehabilitace – ve zdravotnictví, sociální, pedagogické a pracovní. A také se účinnost procesu rehabilitace podmiňuje charakteristiky jako včasnost, komplexnost, návaznost, koordinovanost, součinnost, dostupnost. Jaké jsou v ČR pro takový proces aktuálně vymezené podmínky?

Zde je samozřejmě nutné zmínit potřebu zákona o rehabilitaci. Lidé po úrazu, nemoci se velmi často potřebují dostat co nejdříve zpátky domů, do svého původního rodinného zázemí. K tomu je nutné zařídit, aby měli kompenzační pomůcky, které vzhledem ke své disabilitě potřebují, upravit bezbariérovost bytu, vytrénovat je v nejvyšší míře v soběstačnosti, a dále jim také umožnit návrat do světa práce, tedy prostřednictvím aktualizace jejich schopností, popř. rekvalifikací a dále vhodnou participací na vhodné pracovní místo. Klíčové je, aby jednotlivé služby, které ten člověk v rehabilitaci potřebuje, mám právě na mysli rehabilitaci nejen ve zdravotnictví, ale také sociální, pracovní a vzdělávací, byly propojené. A to bez zákona o rehabilitaci neovládáme.

Institucí, které se touto problematikou zabývají, jak na té rovině přímé praxe, tak těch organizací problematiku zastřešujících v ČR již máme poměrně dost. Rozhodně bych chtěla zmínit již dlouholetou práci předsedy NRZP pana Mgr. Václava Krávy a pana JUDr. Pavla Ptáčnicka z Vládního výboru pro zdravotně postižené nebo paní senátorky docentky Milady Emmerové. Ti byli také u přípravy zákona o rehabilitaci, v jehož dalším rozpracování se v současnosti nepokračuje. Zdůraznit bych chtěla, že součástí našeho právního řádu v ČR je již Úmluva o právech osob se zdravotním postižením vzniklá na půdě OSN, kde jsou rozpracovány jednotlivé části věnované rehabilitaci a zaměstnanosti.

Svízelnou podstatou celé problematiky motivace člověka s disabilitou k pracovnímu uplatnění je problematika invalidního důchodu. Velmi často se stává, že lidé s disabilitou v obavě před ztrátou, resp. snížením invalidního důchodu, pracovat radši nechtějí. Jaká doporučení Vás k tomuto napadají?

Používáme termín invalidní důchod, což si myslím, že je nevhodný termín. Invalidní člověk znamená neschopný. Prezident USA Roosevelt byl také na vozíku a rozhodně nebyl neschopný. Alternativním výrazem by mohl být třeba disabilní renta. Jedná se o rentu, kterou člověk dostává z důvodu jeho disability. Například zajímavý je můj zážitek z Francie, kde jsem se potkala s člověkem na vozíku, v době kdy se u nás používali běžně termíny jako invalidita, bezmocnost. Představil se mi jako náměstek ministra francouzské vlády, a vyprávěl mi, že jeho dědeček se narodil v Praze. A ptal se mě, že kdyby tedy nepřišel do Francie a žil v ČR, zda by byl také bezmocný a invalidní... Ve Francii vlastně vzniklo slovo invalida za napoleonských válek, ale již se nepoužívá. Jedná se dehonestující výrazy a je škoda je takto používat.

Proč vlastně dostává člověk s disabilitou rentu, invalidní důchod. Jedním z důvodů je, že mnoho služeb si musí zaplatit. Např. lidé s míšní lézí TH3-4 jsou lidé těžce postižení. A renta to je vlastně jeden z praktických způsobů, jak vyrovnávat jejich příležitosti. Renta by se měla dávat velmi individuálně. Jiná je situace u člověka žijícího ve velkém městě, malém či na vesnici. Ve velké rodině, v malé rodině nebo sám. Jedná se vlastně o zdroje, kterými si zaplatí služby za činnosti, které on sám nemůže vykonávat.



evropský
sociální
fond v ČR



OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

Vychází to z filosofie ICF, která říká, že když se podaří vyřešit disabilní situaci a jedna z možností je, že si člověk nakoupí služby, umožní si tak používat své funkční zdraví. Invalidní důchod má vést k tomu, aby se člověku otevřely obzory, možnosti, které by mu bez této podpory zůstaly nedostupné. Těch překážek, i zcela drobných - jako otevření okna, úklid, příprava jídla apod., je opravdu mnoho, což si člověk uvědomí, až když s těmito lidmi začne pracovat a vidí jejich denní drobná omezení. A my v současnosti máme již velké možnosti. A stále není málo lidí, kteří nevědí, že mnoho kompenzačních pomůcek k soběstačnosti hradí zdravotní pojišťovny, že Úřady práce ČR hradí příspěvek na pomůcky k práci a „sociální oddělení“ ÚP ČR zvláštní pomůcku apod. Můj názor je, že ty jednotlivosti podpory v celém našem systému pomoci lidem s disabilitou jsou již dobré, nyní je potřeba ten celý systém ucelit, koordinovat. A v tom by mohl pomoci právě významně zmiňovaný zákon o koordinované rehabilitaci. Aby člověk, který vyjde ze zdravotnictví, nebyl ztracený, ale našel praktickou, aktuální pomoc v navazujícím systému sociální pomoci.

Významnou úlohu v systému rehabilitace i sociálního zabezpečení hrají posudkoví lékaři. Ti posuzují zdravotní stav pro účely sociálního zabezpečení až v osmi různých kontextech. Se změnou metodiky posuzování se zvedla i vlna nespokojenosti mezi lidmi s disabilitou k výsledným posudkům. Zredukoval se např. systém posuzování pro účely sociálních služeb, tedy tzv. příspěvek na péči?

Je důležité si uvědomit, že příspěvek na péči není hodnocen jen podle deseti bodů. To je pouze základní rozdělení. Ty body jsou dále děleny a celkově jich je asi 37. Kdy každý ten podbod něco znamená. Třeba mobilita znamená, že ten člověk je schopen si sednout, vstát ze sedu, udržet pozici, může chodit krok za krokem atd. Nemyslím si, že by došlo k zjednodušení. Jde spíše o neznalost věci.

Metodika posuzování příspěvku na péči a posuzování pracovní schopnosti se významně liší?

Ano ta metodika je rozdílná. Oba přístupy ale staví na přístupu ICF. U posuzování pracovní schopnosti se jedná o schopnosti pracovat, i velice těžce disabilní člověk může mít velké schopnosti k zaměstnání, např. člověk s těžkým motorickým postižením může pracovat jako špičkový odborník s počítači s využitím speciálních aplikací např. hlasovým ovládáním počítače. V dnešní době moderních technologií není rovnítko mezi tíží postižení a schopnosti pracovat. Jedná se tedy o schopnosti k zaměstnání, které se již hodnotí třístupňově podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností disability a zdraví. Jedná se o procentní míru poklesu pracovní schopnosti nejméně o 35 % až 49 %, kdy se jedná se o první stupeň invalidity, nejméně 50 až 69 % o druhý stupeň a nejméně 70 % a výše, kdy je to třetí stupeň. Nad 50 % se považuje podle ICF člověk za těžce postiženého.

Zajímavé je, že i člověk nesoběstačný může mít velké schopnosti k práci. Příkladem je konkrétní zaměstnanec, který je na vozíku. Má těžké postižení, není zcela soběstačný, přesto je platným členem pracovního týmu.

Na druhé straně u příspěvku na péči se jedná o soběstačnost. Tento příspěvek se dává k zakoupení služby – osobní asistence, která člověku s disabilitou pomáhá v jeho personálních i instrumentálních aktivitách denního života, tak aby, pokud to je možné, mohl žít doma, ve svém vlastním prostředí.

Ještě zpět ke spolupráci s ÚP ČR. V projektu PREGNET došlo k metodickému nastavení spolupráce mezi pracovníky ÚP ČR a pracovníky vzniklých tzv. Ergodiagnostických center. Co potřebují příslušní pracovníci ÚP ČR znát, aby mohli s výstupy práce EDC dobře a kvalifikovaně pracovat a svým klientům v pracovní rehabilitaci pomoci?

Již delší dobu se snažím upozornit, že nám tady chybí, jak mi tomu říkáme, nelékařská profese nebo jinak řečeno paramedicínská profese, poradce pro volbu povolání lidí s disabilitou. Tedy odborníci, kteří dokážou pracovat na jedné straně s typovými pozicemi v konkrétním pracovním zařazení, dříve nazývané profesiogramy, tedy s tím, co člověk potřebuje (včetně pomůcek k práci), aby mohl pracovat na určité pracovní pozici. A na druhé straně zná problematiku zdravotních postižení a způsobů jejich kompenzace. Chtěla bych velmi ocenit práci ÚP ČR a MPSV ČR, že vznikly již podrobné integrované systémy typových pozic. I když je zde prostor pro další zlepšování, především podmíněný rychlými změnami ve světě práce. Dnes je mnoho pracovních pozic ve spojitosti s prací na počítačích, kde se mohou dobře uplatňovat různé kompenzační pomůcky. Člověku, který nevidí či neslyší, který má špatnou motoriku, mohou dneska moderní informační a komunikační technologie nabídnout komunikovat těmi částmi těla, smysly, které má funkční. Příkladem je ovládání počítačového prostředí hlasem u nevidomých, hlasový výstup, lupa apod.

Svým studentům říkám, že jednorázová investice do pomůcky je vždy levnější, i když je na počátku velmi drahá než dlouhodobá pomoc druhé osoby. I když někomu dáte i velmi drahou pomůcku, aby mohl vykonávat nějakou práci, tak to pro stát vyjde nakonec levněji. Jestliže začne pracovat, začne platit daně, sociální a zdravotní pojištění a v konečném důsledku se to státu nejen ekonomicky, ale sociálně vyplatí. Také se vždy vyplatí lidem s vrozenou nebo získanou disabilitou nabídnout vzdělávání, rekvalifikace. Jak jsem si v některých evropských státech všimla, financují kompletní „převzdělávání“, neboli dlouhodobou rekvalifikaci (až do dvou let) osobám s disabilitou do 45 let věku. Potom jsou nabízeny již jen kratší kurzy, protože se to v dlouhodobém časovém horizontu příliš nevyplácí. Ale začlenit každého člověka do práce, i 5,6 let před důchodem se hrozně státu vyplatí. Tím pádem vlastně snižuje stát své výdaje na sociální dávky. My tady potřebujeme tuto nelékařskou poradenskou profesi, optimální studijní umístění je na zdravotně sociálních fakultách.

Jaké další vzdělávání byste nabídla pracovníkům ÚP ČR, aby byli schopni svou práci s lidmi s disabilitou dobře vykonávat?

Nějaká univerzita v Česku by mohla vytvořit studijní program poradce pro volbu povolání lidí s disabilitou, ale než se nový obor vytvoří a než studenti ukončí toto vzdělání, mělo by se na přechodnou dobu vytvořit něco náhradního. Já jsem spolupracovala s Joint Distribution Committee, což je americká organizace, která zde na počátku 90. let provedla ve spolupráci s tehdejší MPSV vzdělávání pro pracovníky ÚP – z každého ÚP se tenkrát účastnili 2-3 zaměstnanci. Důležité je, aby ÚP nějak pojmenovali tyto lidi, např. poradce pro volbu povolání lidí s disabilitou a umožnili jim určité vzdělávání. A samozřejmě by se toho mohli účastnit i vzniklá EDC. Byl by to brainstorming – na jedné straně EDC a na druhé straně zaměstnanci, kteří by k tomu byli určeni z ÚP ČR. Když jsme tenkrát začínali spolupracovat s ÚP, tak jsem zaměstnanec ÚP v Praze vzdělávala a byla v častém kontaktu s tehdejší ředitelem ÚP v Praze Ing. Chomátem. Ze začátku nám posílali lidi, kteří byli nezaměstnaní především ze sociálních důvodů, ale ne z toho, že byli disabilní. Po systematickém vzdělávání zaměstnanců ÚP, nám začali posílat do EDC občany s disabilitou. Nejproblematictější na celém světě je zaměstnávat občany bez vzdělání nebo jen s ukončeným základním vzděláním, kteří nejčastěji pracují manuálně. Tento fakt je stejný jak pro občany bez, tak s disabilitou. Dalším problémem je, že minimální mzda nekvalifikovaného zaměstnance není velmi rozdílná oproti sociální podpoře. Práce s lidmi, kteří nechtějí pracovat, nemají motivaci svoji situaci příliš měnit, je samozřejmě velmi těžká. Proto jsme uvítali možnost koupě testovacího systému Isernhagen Work System. Tento systém se velmi dobře uplatňuje při testování fyzických předpokladů k práci, limitace zatížitelnosti i může velmi dobře objektivně ukázat schopnosti klienta k manuální práci. Je tedy velmi vhodný pro početnou skupinu klientů ÚP ČR, lidí s nízkým vzděláním, s nízkou kvalifikací a zkušeností s manuální prací. Bylo by tedy vhodné pravidelně školit zaměstnance úřadů práce, kteří by byli vyčleněni pro občany s disabilitou cca 1x za půl rok. Druhá možnost je využít vzdělání občanů v určitých profesích, kteří částečně již tyto znalosti mají, jako jsou ergoterapeuti a absolventi speciální pedagogiky.

Testování fyzických předpokladů k práci, to je často spojené asi s „diagnózami“ bolestí zad...

Koho dnes nebolí záda, z důvodů sedavého zaměstnání nebo fyzické práce. Když jsem přednášela ve Švédsku, tak když jsem se připravovala a podívala se do statistik, kdo má nejčastěji pracovní neschopnost a invalidní důchody. Na prvním místě byly vertebrogenní potíže. Ve Švédsku mi říkali, kdybychom dávali invalidní důchody na bolesti zad, tak bychom již dávno zbankrotovali. A tak nám radili – to musíte používat Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví WHO (ICF), neboť problémem je to pouze, když se projevuje bolest v limitaci funkce člověka, tedy v jeho aktivitě nebo participaci.

Ve Švédsku mne také velmi zaujala práce se skupinami psychiatrických pacientů. Organizačně, metodicky je to zastřešeno velkou organizací na pomoc lidem s disabilitou a tedy i jejich zaměstnávání. Myslím, že se jmenuje Handisam. Významnou metodou pomoci ve vztahu ke světu práce je tam dlouhodobé podporované zaměstnávání. Lidé s psychiatrickými diagnózami jsou často v koloběhu recidiv a remisí. Oni potřebují kolem sebe lidi, kteří jsou si toho vědomi. Uvědomuji si, že je to ještě dlouhá cesta, než to bude u nás, ale je nutná. Máme holt co dělat.

Závěrem ...

Vytvořili jsme těmi dvěma projekty takovou bázi, základ, na kterém můžeme dále stavět. Mám z toho dnes už dobrý pocit, na rozdíl před lety, kdy se nám lidé smáli, co to děláme. Cíl zůstává stejný jako na začátku - úspěch rehabilitace v produktivním věku je zaměstnanost. U dětí je to škola a ta má sloužit k jejich budoucímu pracovnímu uplatnění a u seniorů jde o využívání jejich schopností, tohoto co je baví, aby mohli být aktivní a zároveň měli možnost předávat své znalosti a zkušenosti mladším.

