

ERGOTERAPIE V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

METODIKA

•

U OSOB SE ZÍSKANÝM
POŠKOZENÍM MOZKU



Anna Kuželková

2024

Metodika ergoterapie v domácím prostředí u osob se získaným poškozením mozku

Autorka:

Mgr. Anna Kuželková

Recenzentky:

MUDr. et Bc. Petra Sládková, Ph.D.

Bc. et Bc. Zuzana Rodová, MSc.

Metodika vznikla jako jeden z výstupů projektu financovaného Grantovou agenturou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, název projektu:

„Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“

číslo projektu **GAJU 138/2016/S**

Publikace byla zpracována v rámci disertační práce „Úloha ergoterapeuta v rámci koordinované rehabilitace u pacientů se získaným poškozením mozku“, KUŽELKOVÁ, Anna. Č. Budějovice, 2024. Disertační práce (Ph.D.). Vedoucí práce: doc. Mgr. Et Mgr. Jitka Vacková, Ph.D. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.

září 2024

Obsah

Úvod	3
Vymezení základních pojmů	4
1. Základní metodika ergoterapie v domácím prostředí	6
2. Metodika evaluace bytu	10
3. Manuál k nejčastěji používaným facilitačním prostředkům.....	13
4. Návrh propojení zdravotně-sociální rehabilitace.....	17
Závěr	20
Zdroje	21
Seznam zkratk.....	24
Seznam příloh	25
Příloha 1 Bezpečná domácnost – brožura	
Příloha 2 Hodnocení domácího prostředí dle zásad MKF	
Příloha 3 Fotodokumentace bariér a facilitátorů v domácím prostředí	

ÚVOD

Tento materiál slouží jako metodický manuál pro ergoterapeuty a v rámci interprofesní spolupráce posléze i (zdravotně-)sociální pracovníky a odborníky pracující zejména s osobami po poškození mozku. Metodika představuje návrh na propojení zdravotní a sociální složky rehabilitace v komplikovaném systému služeb. Má za cíl podpořit deinstitucionalizaci a optimální kvalitu života osob se získaným poškozením mozku, s důrazem na interprofesní spolupráci a koordinovanou rehabilitaci.

Metodika seznamuje s postupy práce ergoterapeuta v komunitním prostředí, se zaměřením na vlastní sociální prostředí, identifikaci bariér, indikaci facilitátorů. Zaměření je též na prevenci rozvoje nemocí, prevenci pádů a bezpečnost v domácnosti. Vyzdvihuje důležitost spolupráce ergoterapeuta a (zdravotně-)sociálního pracovníka. Obsahuje konkrétní postupy, fotodokumentaci a brožury, které jsou určeny pro využití při práci s osobami po poškození mozku, ale v širším měřítku i s osobami jiných diagnóz, které mají vliv na funkční schopnosti zejména z hlediska fyzické disability. Manuál je velice dobře využitelný i u osob vyššího věku pro odborníky pracující se seniory.

Materiál obsahuje 4 hlavní části: (1) Metodiku ergoterapie v domácím prostředí, (2) Metodiku evaluace bytu, (3) Manuál k facilitačním prostředkům a (4) Návrh propojení zdravotně-sociální rehabilitace. Metodika byla zpracována jako výstup ergoterapeutické části výzkumu v rámci unikátního projektu s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“, číslo projektu, GAJU 138/2016/S. Hlavní doba řešení byla v letech 2016-2018, doplňkové sběry dat probíhaly až do roku 2021. Obecným cílem projektu bylo zjistit kvalitu života osob po poškození mozku a zapojit do řešení zdravotní a sociální situace interprofesní tým, v hlavním složení fyzioterapeut, ergoterapeut a zdravotně-sociální pracovník. Zároveň hlavním výstupem z projektu je monografie s názvem *“Sociální práce v systému koordinované rehabilitace u klientů po získaném poškození mozku (zejména CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci z hlediska sociální práce, fyzioterapie, ergoterapie a dalších vybraných profesí.”* (Vacková et al., 2020), Publikace obsahuje i některé základní části této metodiky, v rámci kapitoly zaměřené na ergoterapii.

Metodika vychází z praxe založené na důkazech, přičemž autorkou je ergoterapeutka s několikaletými zkušenostmi při práci s osobami po poškození mozku a jejich rodinami.

VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Získané poškození mozku

Jedná se o náhle vzniklé poškození mozku, které negativním způsobem ovlivňuje jeho strukturu nebo funkci a může zahrnovat úrazové (traumatické poškození) a také neúrazové poškození: cévní mozkové příhody, nádory, infekční onemocnění, hypoxická poškození, metabolické poruchy nebo vliv toxických látek (Zasler, Katz a Zafonte, 2013). Nejčtenější jsou cévní mozkové příhody, které patří mezi cerebrovaskulární onemocnění, zaujímající první místo v rámci poškození centrální nervové soustavy, jak v evropském, tak v českém měřítku (Votava, 2017). V celkovém počtu získaných poškození mozku jsou na druhém místě mozková traumata, avšak jsou nejzávažnější a nejpočetnější z hlediska trvalých následků (Šmrčka et al., 2001).

Koordinovaná rehabilitace

V procesu návratu pacientů se získaným poškozením mozku do aktivního života hraje zásadní roli koordinovaná rehabilitace uskutečňovaná prostřednictvím rehabilitačních prostředků, které jsou rehabilitace ve zdravotnictví, sociální, pedagogicko-výchovná a pracovní, s důrazem na včasnost, návaznost a interprofesní spolupráci (Švestková, 2013).

Intervence

Pojem intervence je používán místo pojmu péče, jelikož péče je pasivní, kdy pro rehabilitaci není považován pojem za vhodný. V rehabilitaci je naopak snahou aktivní participace rehabilitované osoby na procesu (Švestková et al. 2017). Vycházíme z výzkumu, kdy byla intervence pravidelná s předem určenou frekvencí tří základních odborníků (ergoterapeut, sociální pracovník, fyzioterapeut), dle potřeby byl přizván psycholog či logoped (Vacková et al., 2020).

Koordinovaná spolupráce

Je základním přístupem terapeutů vzhledem k dosažení cílů u klientů. Koordinaci v rámci komunitní rehabilitace osob po poškození mozku může zabezpečovat například sociální pracovník v roli case managera, či v opodstatněném případě i ergoterapeut, případně jiný pracovník.

Domácí prostředí, vlastní sociální prostředí

Pro účely Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 44, se vlastním sociálním prostředím pacienta rozumí *“domácí prostředí pacienta nebo prostředí nahrazující domácí prostředí pacienta, například zařízení sociálních služeb.”* (Česko, 2011)

Dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 3 je *“přirozeným sociálním prostředím rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity”*. (Česko, 2006)

Domácí prostředí je v této publikaci myšleno vlastní (přirozené) sociální prostředí.

Komunita, komunitní praxe

Za komunitu je zde považován souhrn lidí žijících ve vymezeném prostoru (v domě, práci, obci apod.), kde jedinec vykonává každodenní aktivity a ke které cítí příslušnost a vazby (Jelínková, 2023).

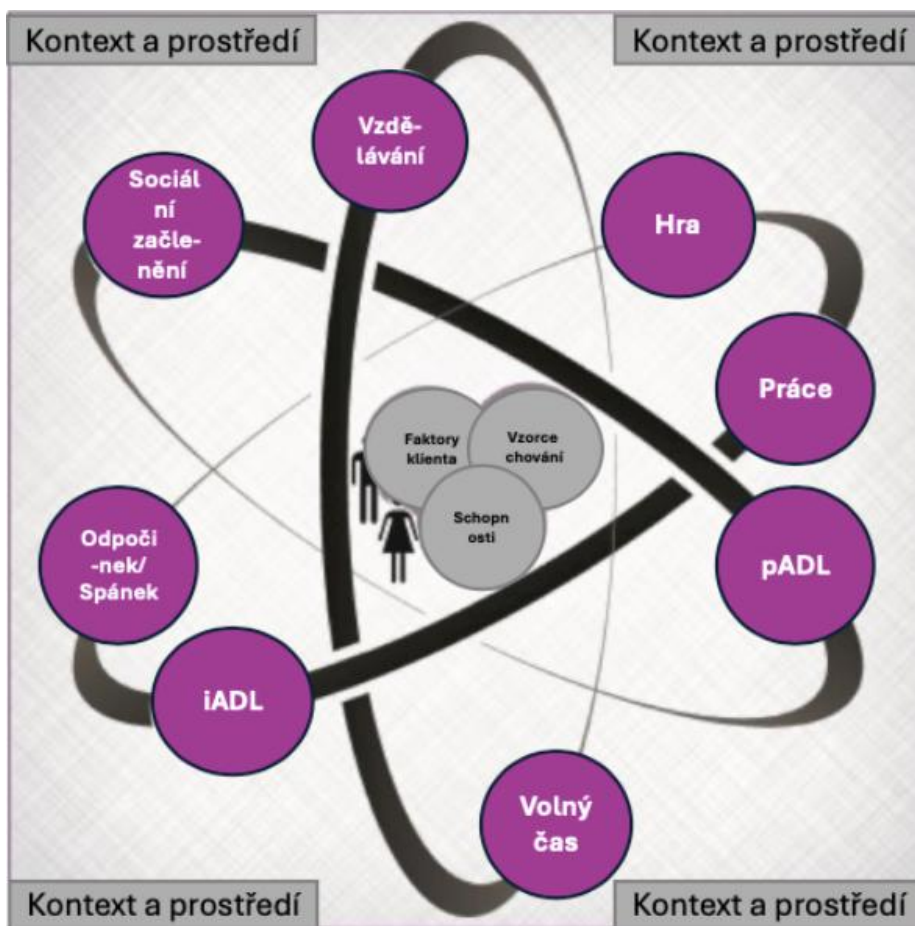
Komunitní praxe (z angl. community-based practice) zahrnuje zdravotnické a sociální služby realizované v komunitě s cílem směřujícím k tomu, aby se osoba stala integrální součástí konkrétní komunity, jak uvádí Jelínková (2023).

Soběstačnost

Soběstačnost, která je jednou z domén ergoterapeuta, je schopnost osoby uspokojovat samostatně obvyklé potřeby v konkrétním prostředí (WHO, 2006).

1. ZÁKLADNÍ METODIKA ERGOTERAPIE V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Metodika vychází ze základní ústřední triády ergoterapie, kterou je interakce osoba-prostředí-zaměstnávání dle modelu PEO, z angl. The Person-Environment-Occupation Model (Law et al., 1996) a z Modelu lidského zaměstnávání, MOHO, z angl. Model of Human Occupation, (Kielhofner, 2008), jako jednoho ze základních teoretických rámců používaných v ergoterapii. MOHO stejně jako tato metodika zdůrazňuje velice úzký vzájemný vztah jednotlivce (např. zdravotní stav, návyky, hodnoty a přesvědčení), prostředí (např. domov, sousedství, sociální kontext) a zaměstnávání (angl. "occupations"). Vzájemný vztah je významný vzhledem k provádění jakýchkoliv aktivit (zaměstnávání/occupation), které jedinec vykonává a jejich vlivu na spokojenost jednotlivce. Koncept je zároveň potřeba vnímat v souvislosti s doménami ergoterapie (AOTA, 2014), viz obrázek 1.



Obrázek 1 Domény ergoterapie v kontextu prostředí (Zdroj: AOTA, 2014)

Ergoterapeutický proces a zaměření ergoterapeutické intervence v domácím prostředí

Ergoterapeut je důležitou součástí interprofesního týmu u osob po poškození mozku. Zaměřuje se především na intervenci v oblastech každodenního života, jako je např. oblékání a sprchování, ale i pomoc s návratem do zaměstnání nebo k volnočasovým aktivitám. Ergoterapeut může též pomoci se zlepšením kognitivních funkcí (např. pozornost a paměť) i se zlepšením funkce horní končetiny (Stroke Foundation, 2021).

V rámci standardního postupu ergoterapeutické intervence je podstatné zaměření na stanovení silných a slabých stránek a určení priorit klienta na základě standardizovaného či nestandardizovaného vyšetření. Často za pomoci využití různých terapeutických nástrojů jsou stanovovány vhodné terapeutické cíle a plány, které jsou nejčastěji děleny na krátkodobé (v řádu dnů až týdnů) a dlouhodobé (několik týdnů až měsíců). Významné je zacílení na osobní preference a priority klienta k dosažení co nejvyšší soběstačnosti a posléze i kvality života. Neodmyslitelnou součástí procesu jsou zároveň průběžná hodnocení k určení aktuálního vývoje stavu (viz obr. 2).

-
- ↓ **Identifikace problémové oblasti – PRIMÁRNĚ zaměřené na VYŠETŘENÍ SOBĚSTAČNOSTI**
 - ↓ Stanovení silných a slabých stránek
 - ↓ Priority klienta
 - ↓ Krátkodobý a dlouhodobý plán
 - ↓ Vlastní terapie
 - ↓ Průběžné hodnocení
 - Závěrečné hodnocení

Obrázek 2 Schéma ergoterapeutického procesu (Zdroj: Kuželková, 2020)

Hlavním zaměřením ergoterapeutické intervence v domácím prostředí osob se získaným poškozením mozku je evaluace prostředí cílená na identifikaci bariér a indikaci facilitačních prostředků jako součást funkční diagnostiky a terapie zaměřené na dosažení optimální soběstačnosti a kvality života.

V průběhu jednotlivých fází diagnosticko-terapeutického procesu v domácím prostředí volí ergoterapeut postupy, které jsou zaměřené na tyto hlavní oblasti:

A) Evaluace bytu a identifikace facilitátorů

- ✓ Prevence pádů, bezpečnost (viz brožura v Příloze 1 Bezpečná domácnost)
 - přesunutí, připevnění nábytku
 - odstranění koberečků
 - vytvoření prostoru
- ✓ Zvýšení soběstačnosti
 - vyzkoušení a doporučení kompenzačních pomůcek, poradenství ohledně financování
 - rozsáhlejší úpravy (bezbariérová koupelna, nájezdy, rampy, plošiny)
 - přestěhování – bezbariérový byt event. bydlení s pečovatelskou službou

B) Nácvik a edukace k ADL, dennímu režimu

- ✓ pADL
 - jedení
 - oblékání (a zavazování zipů, knoflíků, tkaniček)
 - hygiena, koupání
 - použití WC
 - přesuny
 - lokomoce – chůze v interiéru, exteriéru, schody
- ✓ iADL
 - příprava jídla
 - domácí práce
 - transport/řízení automobilu
 - další iADL zahrnující nakupování, vedení domácnosti a management financí, funkční komunikace (PC, telefon), management léků, péče o druhé

C) Ovlivnění poškozených funkcí – specifická terapie a edukace k autoterapii

- ✓ Motorika horních končetin
 - jemná motorika a grafomotorika
 - hrubá motorika
 - zmírnění bolestivosti, otoku
 - ovlivnění citlivosti, třesu, brnění
- ✓ Kognitivní funkce, zejména paměť, pozornost; fatické funkce
 - edukace k autoterapii - doporučení publikací, materiálů, předání materiálů
 - kompenzace – diář, kalendář, či zavedení jiných pomůcek

D) Edukace rodinných příslušníků/pečujících

- ✓ Zaměření na pečovaného
 - jak vést k soběstačnosti – praktické instruktáže, materiály
 - míra potřebné dopomoci, hranice, prevence hyperprotektce
- ✓ Zaměření na pečujícího
 - ergonomie
 - psychohygiena

Doporučení v rámci konkrétních oblastí na základě klinických doporučených postupů (Stroke Foundation, 2021):

- **DALŠÍ PODSTATNÉ OBLASTI INTERVENCE:** Významný vliv na výkon ADL má intervence zaměřená na oblasti senzomotorických poruch, fyzických aktivit, kognice, komunikace, či volnočasové aktivity. Pro osoby po poškození mozku je často důležitou oblastí návrat k řízení automobilu ke zvýšení soběstačnosti v provádění iADL. Zvolením vhodných postupů a spolupráce s dalšími odborníky může ergoterapeut velice dobře propojit zdravotní i sociální oblast.
- **ADL:** Převážná většina osob po poškození mozku má obtíže v ADL. Nejčastěji absolvují terapie a nácvik ADL, včetně nácviku specifických aktivit a nácviku používání vhodných kompenzačních pomůcek. Pro zvýšení výkonu ADL lze využít virtuální realitu (Laver et al., 2017).
- **MOBILITA A IADL:** U pacientů, kteří mají obtíže s mobilitou a ve veřejné dopravě by měly být stanoveny individuální cíle a zvoleny vhodné kompenzační strategie. Součástí intervence by měl být nácvik cest v exteriéru s doprovodem (včetně nácviku přecházení silnic, návštěvy obchodů nebo cestování hromadnou dopravou), pomoc při návratu k řízení automobilu, zaměření na pomůcky a kompenzační strategie o možnostech a alternativách místní dopravy (Stroke Foundation, 2021).
- **DOMÁCÍ TERAPIE:** Osoby po poškození mozku by měly být motivovány v pokračování aktivního nácviku úkolů mimo plánovanou terapii. Součástí by měly být strategie samostatného, nezávislého cvičení; částečně řízeného cvičení, cvičení s asistencí, případně se zapojením rodiny/přátel. Klient, blízké osoby i pečovatelé by měli být informováni o technikách, kompenzačních strategiích a vybavení facilitačními prostředky, aby se maximalizovaly výsledky týkající se nejen výkonu ADL, ale i senzomotorických, percepčních a kognitivních schopností (Stroke Foundation, 2021).
- **SED:** Pro osoby, které mají obtíže se sedem je doporučován nácvik reachingu na délku paže se supervizí. (Veerbeek et al., 2014).
- **VERTIKALIZACE ZE SEDU DO STOJE:** U pacientů po CMP, kteří mají obtíže v rámci vertikalizace ze sedu do stoje, je doporučován nácvik postavování se. (Pollock et al., 2014; French et al., 2016).
- **STOJ/ROVNŮVÁHA STOJE:** U pacientů po CMP, kteří mají obtíže ve stoji, by měly být v rámci terapie zařazovány aktivity s nároky na rovnováhu (French et al., 2016; van Duijnhoven et al., 2016, Hugues et al., 2019).
- **NEGLECT SYNDROM:** Pro zlepšení výkonu ADL a funkce ruky lze u osob s příznaky unilaterálního neglektu využít Mirror therapy, dále kompenzační strategie (například pomocí vizuálního skenování), zaměření na zapojování opomíjené strany (například sněžení jídla z celého talíře, včetně opomíjené strany) a v neposlední řadě před terapií by pacientům po CMP s neglect syndromem mělo být poskytnuto jasné vysvětlení poruchy (Stroke Foundation, 2021).

2. METODIKA EVALUACE BYTU

Dle Vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v aktuálním znění, může ergoterapeut provádět bez odborného dohledu a bez indikace, kromě jiného poradenskou činnost a instruktáž v oblasti úprav pracovního prostředí, aplikovat zásady ergonomie, doporučovat vhodné úpravy domácího a pracovního prostředí ve vztahu k funkčním schopnostem pacienta a bariérám tohoto prostředí i seznamovat pacienty s možnostmi sociální péče a v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti v rámci sociální rehabilitace osob se zdravotním postižením.

Hodnocení domácího prostředí lze provádět kdykoliv v průběhu ergoterapeutického procesu, ale zpravidla bývá nejefektivnější těsně před nebo po ukončení hospitalizace, kdy se terapeut zaměřuje na **tři intervenční strategie dle účelu**, za jakým bylo hodnocení provedeno (Weeks, Lamb a Pickens, 2010):

✓ Základní domácí intervence zaměřené na bezpečnost

- detekce pádů a doporučení úprav: např. odstranění prahů, koberečků, zajištění vhodného osvětlení, uspořádání nábytku a skříněk tak, aby byl volný přístup ke každodenně používaným věcem atd. (viz obr. 3)



Obrázek 3 Základní intervence (Zdroj: Projekt s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“, číslo projektu GAJU 138/2016/S)

✓ **Jednoduché úpravy domácího prostředí**

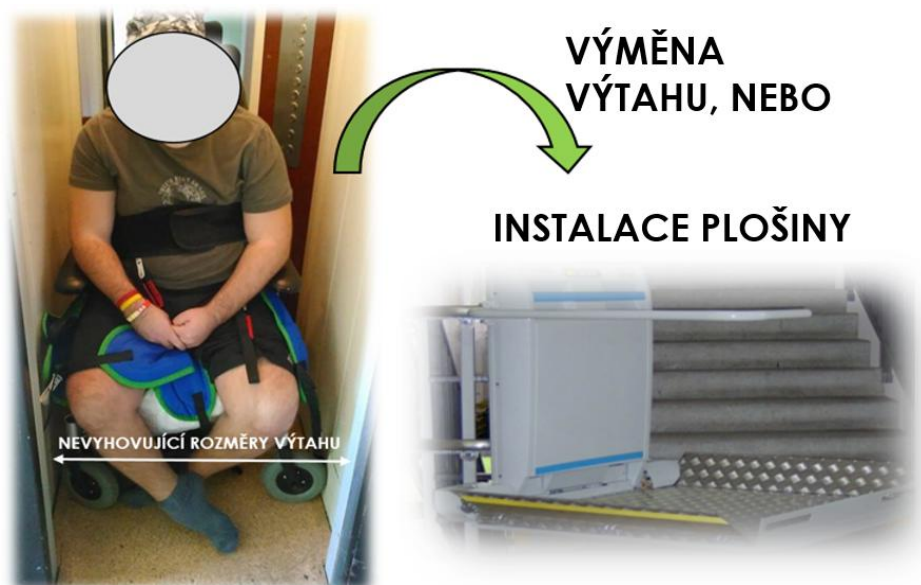
- instalace madel, výměna kohoutkové baterie za pákovou, doporučení kompenzačních pomůcek, jako je sedačka na vanu, toaletní židle atd. (viz obr. 4)



Obrázek 4 Méně náročné úpravy (Zdroj: Projekt s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“, číslo projektu GAJU 138/2016/S)

✓ **Hlavní úpravy domácího prostředí**

- zajištění zábradlí po obou stranách schodiště, rozšíření dveří, instalace ramp nebo schodišťových plošin, renovace koupelen, úpravy či instalace výtahu atd. (viz obr. 5). Tyto úpravy vyžadují spolupráci s dalšími odborníky, jako jsou např. architekti, stavební inženýři, instalatéři nebo elektrikáři.



Obrázek 5 Zásadní úpravy (Zdroj: Projekt s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“, číslo projektu GAJU 138/2016/S)

Pokud je hodnocení prováděno ještě v průběhu hospitalizace pouze dotazováním pacienta/klienta bez přímé domácí návštěvy, snižuje se efektivita procesu, jelikož klienti si často neuvědomují veškerá rizika. Vhodná je alespoň jednorázová návštěva pro zhodnocení rizik a vlivů prostředí, jež by mohly ovlivnit bezpečnost klienta. V optimálním případě by měl terapeut navštívit klienta víckrát, jelikož klienti mohou mít „dobré a špatné dny“ a opakované návštěvy poskytnou komplexnější obraz o funkčních schopnostech klienta v jeho domácím prostředí. Otevírá se tím větší možnost indikované facilitační prostředky vyzkoušet a zkontrolovat provedené úpravy apod. a tím i zjistit, jestli klient ví, jak s pomůckami zacházet a zdali jsou provedené změny efektivní (Weeks, Lamb a Pickens, 2010).

Velkým problémem pro realizaci některých opatření v domácnosti může být i nedostatek financí (Bercaw, 2020, Grasso et al., 2023). Pro tento účel je vhodné následující **rozdělení environmentálních modifikací** dle Campani et al. (2020):

- ✓ úpravy bez finančního zatížení (např. přesunutí koberečků, odstranění prahů),
- ✓ úpravy méně finančně náročné (např. úpravy osvětlení, úpravy zábradlí) a
- ✓ finančně náročné intervence (výměna výtahu, rekonstrukce koupelny, instalace schodolezu apod.).

Interprofesní spolupráce

Výzkumný projekt s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“, číslo projektu GAJU 138/2016/S) na základě výsledků zdůrazňuje a potvrzuje, že význam má spolupráce ergoterapeuta se sociálními pracovníky k řešení možností administrace žádostí o dávky. Velice žádoucí je spolupráce s lékaři (praktický lékař, geriatr, neurolog, ortoped, oční lékař apod.) k indikaci pomůcek financovaných z veřejného zdravotního pojištění. Intervence může být poskytována i v kombinaci s fyzioterapií. Nezastupitelnost ergoterapeuta je z výsledků předloženého výzkumu zjevná.

Struktura evaluace domácího prostředí

K evaluaci domácího prostředí lze využít standardizovaných nástrojů, kterých je v zahraničí mnoho. V České republice je problém s dostupností českého překladu či standardizace a adaptace na české podmínky. Dostupná je například česká metodika SemaforeHOME (Macháčová et al., 2014). Není nutno využívat standardizované nástroje, důležité je, aby hodnocení bylo strukturované, např. podle místností v domácnosti či položek soběstačnosti.

Bylo navrženo hodnocení domácího prostředí dle zásad Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (WHO, 2008), které je k dispozici v příloze 2. Lze jej využít pro inspiraci v jednotlivých částech, eventuálně jako celek. Příklady bariér a facilitátorů v rámci jednotlivých místností jsou uvedeny v příloze 3. V případě doporučovaných úprav je potřeba brát v úvahu předpis nového stavebního zákona s účinností od roku 2024 v aktuálním platném znění, Zákon č. 283/2021 Sb. Stavební zákon.

3. MANUÁL K NEJČASTĚJI POUŽÍVANÝM FACILITAČNÍM PROSTŘEDKŮM

Pomůcky, které by měl ergoterapeut nosit s sebou jako základní terapeutickou výbavu v rámci domácích návštěv (Kuželková a Vacková, 2020):

ERGOTERAPEUTICKÝ KUFŘÍK

Protiskluzová podložka

Využitelná v kuchyni při přípravě jídla, pod talíř při jezení, při psaní, při vypodložení paretické ruky na stole k zamezení skluzu končetiny ze stolu. Možné zakoupit v roli a následně stříhat rozměry dle potřeby, event. jako jednotlivou podložku kulatého nebo obdélníkového tvaru.

Nůž s kolmou rukojetí

Pro podporu soběstačnosti v kuchyni je možné využít klasický nůž k přípravě jídla event. pravoúhlý nůž příborový.

Silikonové protiskluzové držáky na příbor, event. ergonomický příbor s ohebným koncem

Pomůcka využitelná pro zvětšení úchopů. Lze využít pro různé příbory, event. lze zakoupit již přímo příbor s rozšířenou ergonomickou rukojetí a ohebným kovovým koncem pro individuální nastavení úhlu (vhodné v případě patologického postavení končetiny a snížené hybnosti, event. zhoršeného úchopu a snížené síly úchopu).

Zvýšený okraj na talíř

Lze nasadit na jakýkoliv talíř k usnadnění nabírání jednou rukou.

Fixační pásek na suchý zip

Přípevnitelný např. k příboru nebo pro nasazení psacího náčiní. Umožňuje úchop při zhoršené nebo nulové jemné motorice.

Kuchyňské prkénko – multifunkční event. jednoduché pouze s fixačními bodci

Multifunkční prkénko obsahuje 3 typy struhadel, čisticí kartáček, fixační bodce, posuvný držák, záračky proti posunu potravin. Má protiskluzové přísavky. Jeho nevýhodou je vysoká pořizovací cena. Velice dobře využitelné je však i jednoduché prkénko s fixačními bodci pro krájení různých potravin, pro ukotvení pečiva při mazání apod.

Podavač předmětů

Využitelný pro podávání předmětů z výšky nebo ze země, nebo při jiných běžných denních aktivitách, jako např. oblékání – vytažení kalhot při omezené hybnosti.

Kuličkové pero velkého průměru pro osoby se špatnou motorikou, event. tužka se závažím

Díky velkému průměru je vhodná např. pro seniory, nebo pro osoby se špatnou jemnou motorikou pro psaní. Tužka se závažím je vhodná zejména pro osoby s třesem rukou.

Gumový nástavec na rozšíření tužky nebo pera

Pro rozšíření úchopu při problematické jemné motorice. Dostupné jsou různé tvary, je potřeba individuálně s klientem vyzkoušet, který typ mu vyhovuje. Některé nástavce jsou speciálně rozdělené pro praváky a leváky.

Navlékač ponožek

Ulehčuje oblékání bez nutnosti ohýbání při omezeném rozsahu pohybu. Navlékače se prodávají celé plastové (lepší z hygienického hlediska - dezinfikovatelné) nebo potažené jemnou klouzavou textilií. V praxi se ale více osvědčily navlékače textilní, se kterými se klienti naučí lépe manipulovat. Navlečení ponožky je s tímto navlékačem zpravidla jednodušší, než s plastovým navlékačem.

Tkaničky elastické

Ulehčují nazuť bot bez nutnosti jejich zavazování.

Zapínač knoflíků a zipů

K ulehčení zapínání knoflíků jednou rukou, event., při zhoršené jemné motorice obou rukou.

Houba mycí prodloužená

Ideální pro umožnění mytí zad či jiných těžko dosažitelných částí těla při sníženém rozsahu pohybu ramenního kloubu nebo zhoršené mobilitě trupu apod.

Madlo do koupelny a WC s přísavkami

Madlo je vhodné do koupelny, WC nebo sprchového koutu. Je možné jej připevnit na jakýkoliv pevný a hladký povrch jako je například obklad, dlažba, sklo nebo kov. Toto madlo doporučujeme v případě, že není možné navrtat pevné madlo a také na vyzkoušení vhodných pozic madla v rámci ergoterapeutické evaluace bytu.

V ergoterapeutickém kufříku je vhodné mít mezi základními terapeutickými pomůckami dále níže uvedené:

- ✓ **Masážní míček (ježek): 7cm**
- ✓ **Molitanový masážní míček: 7cm**
- ✓ **Terapeutická hmota extra jemná**
- ✓ **Terapeutická hmota běžná tuhost**
- ✓ **Krejčovský metr**
- ✓ **Oboustranná lepicí páska nebo lepicí suché zipy**
- ✓ **Molitanové podložky event. pěnové pásy k rychlému rozšíření úchopů různých předmětů**

Facilitační prostředky a bariéry dle významnosti a výskytu

Níže je pro lepší orientaci terapeutů v bariérách a facilitátorech v rámci vyšetření i terapie vytvořený přehled nejčastějších bariér (viz obrázek 7) a facilitátorů (obrázek 8), které se u osob se získaným poškozením mozku vyskytují.

B A R I É R Y	I. NAPROSTO ZÁSADNÍ
	II. VYSOCE PROBLEMATICKÉ
	III. PODSTATNÉ
	IV. SPECIFICKÉ

Obrázek 7 Nejčastější bariéry (Zdroj: Projekt s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“, číslo projektu GAJU 138/2016/S)

F A C I L I T Á T O R Y	I. NAPROSTO NEPOSTRADATELNÉ
	II. VYSOCE DŮLEŽITÉ
	III. PODSTATNÉ
	IV. SPECIFICKÉ

Obrázek 8 Nejčastější facilitátory (Zdroj: Projekt s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“, číslo projektu GAJU 138/2016/S)

4. NÁVRH PROPOJENÍ ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ REHABILITACE

Propojení zdravotní a sociální oblasti lze docílit pouze v případě, že terapeut v rámci práce v interprofesním týmu dodrží uvedené postupy.

Níže jsou shrnuty hlavní zásady a poznatky doložené výzkumem, se zaměřením na úlohu ergoterapeuta v rámci koordinované rehabilitace osob se získaným poškozením mozku.

- ✓ Diagnosticko-terapeutické metody ergoterapeuta u klientů se získaným poškozením mozku v domácím prostředí jsou zaměřené minimálně na 5 základních oblastí: (1) ADL, (2) bariéry prostředí, bezpečnost a prevence, (3) jemná motorika a grafomotorika, (4) mobilita a lokomoce, (5) volnočasové aktivity, začlenění do zaměstnání a komunity. V rámci terapeutických metod se jedná především o využití modelových činností k diagnostice i terapii, poradenství a instruktáž, různé kompenzační strategie, kognitivní trénink, fyzické či verbální vedení, metody k posílení psychické a fyzické kondice, motivační strategie a aplikace neurovývojových přístupů.
- ✓ Hlavním zaměřením ergoterapeutické intervence v domácím prostředí osoby se získaným poškozením mozku je evaluace prostředí cílená na identifikaci bariér a indikaci facilitačních prostředků jako součást funkční diagnostiky a terapie. Právě v této oblasti je spolupráce ergoterapeuta a sociálního pracovníka velice podstatná, zejména ohledně řešení možnosti financování a vyřizování záležitostí na úřadech.
- ✓ Naprosto nepostrádatelnými facilitátory jsou léky, osoby blízké a jiné sociální vazby, mobilní telefon či kontakt na dálku. V rámci identifikace bariér by měla být zvýšená pozornost věnována zejména vstupu do obydlí, schodům v interiéru i exteriéru, případně výtahu, dále koupelně a toaletě. Velice častou a neopomenutelnou součástí indikace facilitátorů je zaměření na instalaci madel, vhodné zábradlí u schodů a adekvátní pomůcky k mobilitě a lokomoci, či v neposlední řadě drobné pomůcky k soběstačnosti. Jako funkční řešení je ke zvážení přestěhování do bezbariérového bydlení, ve spolupráci se sociálním pracovníkem.
- ✓ V propojení sociální a zdravotní složky koordinované rehabilitace osob se získaným poškozením mozku v domácím prostředí je role ergoterapeuta klíčová. Zároveň, pokud zdravotně-sociální pracovník působí v roli case managera, má velké předpoklady k úspěšnému propojení zdravotní a sociální složky a minimalizuje fakt, že se bude klient v komplikovaném systému služeb ztrácet.

Metodika ergoterapie v domácím prostředí

- ✓ Koordinovaná rehabilitace (dle EBP) s důrazem na propojení zdravotní a sociální složky zlepšuje orientovanost klientů ve službách, zefektivňuje sociální služby a podpory a umožňuje plynulejší a rychlejší návrat osob se získaným poškozením mozku do běžného života.
- ✓ Koordinovaná rehabilitace je efektivní ve smyslu zvýšení soběstačnosti osob se získaným poškozením mozku s dopadem na snížení potřebné míry dopomoci či dohledu druhé osoby o 1-2 hodiny denně (dle FIM), při zajištění intervence v prvních třech měsících po propuštění do domácího prostředí. Další návaznost se jeví jako velice žádoucí minimálně pro udržení efektu.
- ✓ Ze subjektivního hlediska klientů a na základě hodnocení kvality života dle WHODAS 2.0 bylo potvrzeno, že koordinovaná rehabilitace s využitím facilitačních prostředků (pomůcky včetně bezbariérových úprav) navržených ergoterapeutem v domácím prostředí klientů se získaným poškozením mozku zvyšuje soběstačnost těchto osob.
- ✓ V případě, že nejsou zajištěny další návazné komunitní služby v rámci koordinované rehabilitace, osoby se získaným poškozením mozku se v dlouhodobém horizontu opět zhoršují (dle WHODAS 2.0).
- ✓ Při hodnocení domácího prostředí je významnou složkou nejen prostředí fyzické, ale i prostředí sociální, zejména sociální vazby, osobní vztahy, rodina a kontakty na osoby blízké.
- ✓ Podstatou vzájemné spolupráce ergoterapeuta a (zdravotně-) sociálního pracovníka je kooperace při řešení bezbariérových úprav prostředí, včetně kompenzačních pomůcek financovaných ze sociální složky a vzájemná interakce v rámci šetření ohledně dalších příspěvků a podpor pro adekvátní stanovení funkčních schopností a disability klienta. Například v procesu posuzování stupně závislosti u příspěvku na péči je spolupráce ergoterapeuta a sociálního pracovníka naprosto klíčová. Nevyhnutelné je též předání adekvátních a podstatných informací klientovi, které mu pomohou zorientovat se v komplikovaném systému služeb a podpor.
- ✓ Potřeby osob po získaném poškození mozku s odstupem tří a více let po prodělaném onemocnění jsou související s vnímáním důležitosti návaznosti rehabilitace vzhledem k potřebě udržení zdravotního stavu, psychické podpory a odpoutání od nemoci.
- ✓ Koordinovaný týmový přístup v domácím prostředí je osobami po poškození mozku hodnocen pozitivně z hlediska potřebné návaznosti rehabilitace v čase návratu do domácího prostředí, též ze sociální stránky a potřebné psychické podpory. Ergoterapeut, fyzioterapeut i (zdravotně-)sociální pracovník mají v tomto ohledu svoje nezastupitelné místo.

Problematika financování ergoterapie v domácím prostředí

Model koordinované rehabilitace v domácím prostředí je možný jen v případě velké podpory ze strany zákonodárců a při změně celkového systému koordinace sféry zdravotní a sociální. Zároveň je změna situace možná v případě podpory zdravotnických a sociálních zařízení poskytujících služby koordinované rehabilitace ze strany zdravotních pojišťoven. Konkrétně formou nasmlouvání potřebných "kódů" úhrad domácí intervence příslušných odborníků a vyřešením financování cestovních nákladů. Ze strany státu by byla dále vhodná adekvátní podpora poskytovatelů služeb v jejich působnosti v komunitní oblasti rehabilitace osob po poškození mozku. Zároveň lze hledat možnosti pro větší podporou financování z oblasti sociální sféry.

Možnosti financování lze hledat i přes různé projekty a granty, které ale nejsou komplexním řešením pro koordinovanou komunitní rehabilitaci v rámci státu.

Úhrady služeb zdravotnických pracovníků, včetně ergoterapeuta, upravuje Vyhláška č. 134/1998 Sb., Ministerstva zdravotnictví, v aktuálním platném znění, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. U odbornosti ergoterapeut speciální kód pro domácí návštěvu chybí. Ke zvážení jsou kódy bez omezení místa intervence, konkrétně vhodné:

- ERGOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ PRO NAVRŽENÍ VHODNÝCH TECHNOLOGIÍ A PRODUKTŮ – kód 21614 – 2x (celkem 2 x 20 min/den), 6x/čtvrtletí.
- NÁCVIK VŠEDNÍCH DENNÍCH ČINNOSTÍ – ADL - 21625 – 2x (2 x 30 min/den), 48x/čtvrtletí.
- KLASIFIKOVÁNÍ PODLE MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE FUNKČNÍCH SCHOPNOSTÍ, DISABILITY A ZDRAVÍ (MKF) (v případě, že ergoterapeut využije i hodnocení dle ICF (návrh hodnocení viz příloha 2) - kód 21612 – 1x (30 min), 3x/čtvrtletí.

Vzhledem k tomu, že domácí ergoterapeutická návštěva bývá časově náročná a zpravidla obsahuje minimálně první dva úkony, lze tak počítat s časem 100 minut při nasmlouvání uvedených kódů. Pokud terapeut využije i hodnocení MKF, čas lze prodloužit o dalších 30 minut, tedy maximálně celkem 130 minut.

Je potřeba zdůraznit, že vždy je uveden konkrétní nositel kódu dle požadovaného vzdělání, dohledu apod. A je důležité splnit další podmínky stanovené platnou legislativou pro poskytování služby v místě bydliště a celkově poskytování zdravotnických či sociálních služeb.

Úhradová vyhláška nepočítá v tomto případě pro ergoterapeuta s proplacením cesty ke klientovi.

Ve všech zákonech, týkajících se jak zdravotní, tak sociální sféry, narážíme na chybějící popis koordinace složek rehabilitace a absenci propojení sociální a zdravotní složky, kterou by právě vyřešil zákon o koordinované rehabilitaci.

SLOVO NA ZÁVĚR

Vážení odborníci, tato metodika jako součást komunitní praxe je zaměřená na prostředí, které můžeme nazvat osobním, domácím, tím nejbližším a nejcennějším prostředím, které člověk má: vlastní domácnost. Jedná se o soukromý prostor, do kterého klient odborníka na jednu stranu dobrovolně pustí, ale je to velice křehké místo. Umožňuje to přizpůsobit terapii na míru v obydlí, které není nijak simulované, protože je realistické. Výhody takto prováděné ergoterapeutické intervence ve prospěch klienta jsou nesporné. Avšak myslete na to, že je to "tenký led", kdy některé osoby mohou citlivě reagovat zejména při hodnocení prostředí na nahlížení do různých částí obydlí, včetně ložnice, toalety či úložných prostor. Při spolupráci s klienty v domácím prostředí jde ještě víc než v jiném prostředí o dodržování hranic. Jedná se o jejich osobní prostor. Lze mluvit právě o schopnosti porozumět individualitě klienta, naplnění očekávání klienta a požadovaného rozsahu pomoci (Kutnohorská et al., 2011). Proto dbejme na empatický a citlivý přístup. Přístupujme ke klientům i jejich rodinám s opatrností a úctou. Etický kodex ergoterapeuta ať je vodítkem pro chování v každodenní praxi.

Vhodná forma komunikace nejen při hodnocení, ale též při indikaci facilitátorů a řešení různých menších či větších úprav je zásadní pro dosažení požadovaných cílů klientů a efektivity intervence. Rovněž i motivování klientů je velkou úlohou profesionálů, jelikož motivace vede k cíli (Kutnohorská, 2011). Z pohledu etiky je zároveň podstatné uvědomění jednotlivce, jaké hodnoty bude respektovat a prosazovat v soukromí i v profesním životě teď i v budoucnu (morální hodnoty a normy). Zároveň je vhodné odvolávat se i na Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením s účelem podpory, ochrany a zajištění rovného užívání lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením a k podpoře úcty jejich přirozené důstojnosti. Jedná se o osoby, které postihla vážná nemoc s následky a jistou formou utrpení, kdy nelze zapomínat ani na rodinu klienta jako součást interprofesního týmu.

Ze systematického hlediska je v řešení nedostupnost i prostupnost zdravotních a sociálních služeb v domácím prostředí, přičemž podstatné je rovněž časové hledisko poskytování služeb a jejich dostupnost. Manuál nabízí též návrhy řešení, ale chce to i velké odhodlání odborníků docílit změnu a komunikovat na příslušných místech, zviditelňovat odborníky pracující v oblasti rehabilitace, umět se prezentovat apod.

Milí odborníci, milé ergoterapeutky a milí ergoterapeuti, situaci změníme jen společnými kroky. Zároveň praxe založená na důkazech bude pro státníky podkladem při řešení legislativních opatření.

Hodně úspěchů ve společném snažení našem i našich klientů/pacientů!

ZDROJE

- BERCAW, L. E., 2020. Supporting Aging in Place: A Policymaking Blueprint for Addressing U.S. Older Adults' Unmet Home Modification Needs. *Journal of Aging and Environment*. 34(4), 389–401. DOI: 10.1080/26892618.2019.1707737.
- CAMPANI, D., CARISTIA, S., AMARIGLIO, A., et al., 2021. IPEST Working Group. Home and environmental hazards modification for fall prevention among the elderly. *Public Health Nurs*. 38:493–501. DOI: 10.1111/phn.12852.
- Clinical Guideline on Stroke Rehabilitation, 2013. *Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning* [online]. [cit. 2021-05-31]. Dostupné z: https://extranet.who.int/ncdccs/Data/MNG_D1_2.%20Rehabilitation%20guideline%20of%20Stroke.pdf
- ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) [online] [cit. 2024-07-13]. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 131. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>
- ČESKO, 2006. Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [online] [cit. 2023-07-10]. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 37. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>
- FRENCH, B., THOMAS, L. H., COUPE, J. et al., 2016. Repetitive task training for improving functional ability after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2016(11) [cit. 2022-01-05]. ISSN 14651858. DOI: 10.1002/14651858.CD006073.pub3.
- GRASSO, A. Y., MURPHY, A., & ABBOTT-GAFFNEY, C., 2023. The Impact of a Two-Visit Occupational Therapy Home Modification Model on Low-Income Older Adults. *The Open Journal of Occupational Therapy*. 11(1), 1-9. DOI: 10.15453/2168-6408.2047.
- HUGUES, A., MARCO, J. D., RIBAUT, S. et al., 2019. Limited evidence of physical therapy on balance after stroke: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE* [online]. 14(8) [cit. 2022-01-06]. ISSN 1932-6203. DOI:10.1371/journal.pone.0221700
- JELÍNKOVÁ, J., 2023. *Poradenství v ergoterapii*. Praha: Karolinum. ISBN: 978-80-246-5501-7.
- KIELHOFNER, G., 2008. *A Model of Human Occupation: Theory and Application*, 4th edn, published by Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore.
- KUTNOHORSKÁ, Jana; CICHÁ, Martina a GOLDMANN, Radoslav. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.
- KUŽELKOVÁ, A., VACKOVÁ, J., 2020. *Zdravotně-sociální problematika klientů po úiskaném poškození mozku v souvislosti s intervencí ergoterapeuta*. In: VACKOVÁ, J. et al., 2020. *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace u klientů po získaném poškození mozku (zejména*

CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci z hlediska sociální práce, fyzioterapie, ergoterapie a dalších vybraných profesí. Praha: Grada. ISBN: 978-80-2712-434-3.

LAVER, K. E., ADEY-WAKELING, Z., CROTTY, M., LANNIN, N. A., GEORGE, S., SHERRINGTON, C., 2020. Telerehabilitation services for stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2020(1), 1-81 [cit. 2022-01-03]. ISSN 14651858. DOI: 10.1002/14651858.CD010255.pub3

LAW, M., COOPER, B., STRONG, S., STEWARD, D., RIGBY, P., LETTS, L., 1996. The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 63(1), 9-23. DOI:10.1177/000841749606300103.

LEGG, L. A., LEWIS, S. R., SCHOFIELD-ROBINSON, O. J., DRUMMOND, A., LANGHORNE, P., 2017. Occupational therapy for adults with problems in activities of daily living after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2017, 2017(7), 1-63 [cit. 2022-01-03]. ISSN 14651858. DOI: 10.1002/14651858.CD003585.pub3.

POLLOCK, A., GRAY, CH., CULHAM, E., DURWARD, B. R., LANGHORNE, P. 2014. Interventions for improving sit-to-stand ability following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. [cit. 2022-01-05]. ISSN 14651858. DOI: 10.1002/14651858.CD007232.pub4.

SMRČKA, M., 2001. *Poranění mozku*. Praha: Grada. ISBN 80-716-9820-2.

ŠVESTKOVÁ, O., 2013. Základní principy současné neurorehabilitace. *Neurologie pro praxi*. 14(3): 136–139. ISSN 1803-5280.

VACKOVÁ, J. et al., 2020. *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace u klientů po získaném poškození mozku (zejména CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci z hlediska sociální práce, fyzioterapie, ergoterapie a dalších vybraných profesí*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-2712-434-3.

VAN DUIJNHOFEN, H. J. R., HEEREN, A., PETERS, M. A. M., VEERBEEK, J. M., KWAKKEL, G., GEURTS, A. C. H., WEERDESTYEN, V., 2016. Effects of Exercise Therapy on Balance Capacity in Chronic Stroke. *Stroke* [online]. 47(10), 2603-2610 [cit. 2022-01-06]. ISSN 0039-2499. DOI: 10.1161/STROKEAHA.116.013839.

VEERBEEK, J. M., VAN WEGEN, E., VAN PEPPEN, R., VAN DER WEES, P. J., HENDRIKS, E., RIETBERG, M., KWAKKEL, G., QUINN, T. J., 2014. What Is the Evidence for Physical Therapy Poststroke? A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 9(2), 1-33. DOI: 10.1371/journal.pone.0087987.

VOTAVA, J., 2017. Pohybová soustava z klinického hlediska – část speciální. In *Rehabilitace motoriky člověka: Fyziologie a léčebné postupy*. 1. vyd. Praha: Grada. Kapitola 3., s. 173-197. ISBN 978-80-271-0084-2.

VYHLÁŠKA č. 134/1998 Sb., Vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. In: Sbíрка zákonů České republiky [online] [cit. 2024-05-12]. Dostupné z: <https://www.e-sbirka.cz/>

VYHLÁŠKA č. 55/2011 Sb., v platném znění, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2011, částka 20, s. 482-544. [online] [cit. 2024-05-12]. Dostupné z: <https://www.e-sbirka.cz/>

WEEKS, A. L., LAMB, B. A., PICKENS N. D., 2010. Home Modification Assessments: Clinical Utility and Treatment Context. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*. 28(4), 396-409. ISSN 0270-3181. DOI: 10.3109/02703180903528405.

WHO, 2006. *Neurological disorders: public health challenges* [online]. Geneva: World Health Organization. [cit. 2018-05-20]. ISBN 978-92-4-156336-9. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563369>

WHO. 2008. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF. Překlad Jan Pfeiffer, Olga Švestková. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1587-2.

ZASLER, N. D., KATZ, D. I., ZAFONTE, R. D. 2013. *Brain injury medicine: principles and practice*. 2nd ed. New York, NY: Demos Medical Pub. ISBN 9781617050572.

ZÁKON č. 283/2021 Sb., Stavební zákon. 2021. [online] [cit. 2024-09-02]. In: Sbíрка zákonů České republiky. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>

SEZNAM ZKRATEK

ADL – z angl. Activities of Daily Living – běžné denní činnosti

CMP – cévní mozková příhoda

EBP – Evidence-based practice (praxe založená na důkazech)

FIM –Functional Independence Measure (Funkční míra nezávislosti)

GAJU – Grantová agentura Jihočeské univerzity

HK – horní končetina

iADL – instrumentální běžné denní činnosti

MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

MOHO - z angl. Model of Human Occupation – Model lidského zaměstnávání

pADL – personální běžné denní činnosti

PEO – z angl. Person-Environment-Occupation Model (osoba-prostředí-zaměstnávání)

Projekt – Projekt s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“, číslo projektu GAJU 138/2016/S

WHODAS 2.0 – WHO Disability Assessment Schedule 2.0

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA 1 Bezpečná domácnost - brožura

PŘÍLOHA 2 Hodnocení domácího prostředí dle zásad MKF

PŘÍLOHA 3 Fotodokumentace vybraných bariér a facilitátorů

Příloha 1 Bezpečná domácnost – brožura

Tyto informace lze využít pro klienty jako praktickou brožuru k předání v tištěné formě. Brožura je vhodná pro osoby po poškození mozku, seniory a rizikové osoby se zaměřením na prevenci pádů a další opatření v domácnosti dosažení či udržení optimální soběstačnosti a bezpečného provádění běžných denních aktivit.

BEZPEČNÁ DOMÁCNOST

V domácnosti se často vyskytují rizikové oblasti, které mohou způsobit komplikace. Předloženo je proto několik praktických informací, jak vytvořit bezpečný domov a zabránit tak úrazům a pádům, které mohou mít vážné důsledky. Zároveň jsou uvedena doporučení, jak jednat, pokud k pádu nebo ke zranění dojde.

Úrazy a pády v domácím prostředí

PŘÍČINY:

- nevhodná obuv
- nebezpečný povrch
- překážky
- nevhodná či nebezpečná aktivita
- léky
- horší rovnováha
- slabší svalstvo a méně stabilní klouby
- horší zrak



DŮSLEDKY:

- zlomeniny
- poranění v oblasti hlavy
- popáleniny
- opařeniny
- prochladnutí
- úzkost
- deprese
- imobilizační syndrom



Doporučení, jak jednat v případě pádu a zranění

Jestliže zranění znemožňuje pohyb:

✓ **Snažte se zavolat pomoc:**

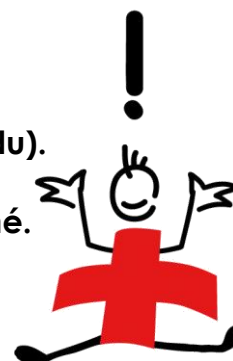
- Telefon se snažte mít vždy v dosahu.
- Tísňové volání – Tísňová linka **112**, Tísňová péče **ŽIVOTA 90** - Nonstop dispečink, SENIOR TELEFON: 800 157 157.
- Pokud nemáte telefon, snažte se zabouchat na sousedovu zeď, nebo se dostat ke dveřím či oknu.

✓ **Snažte se dostat na měkký a teplý povrch.**

✓ **Neprochladněte (přikryjte se, vyhýbejte se průvanu a chladu).**

✓ **Nezůstávejte příliš dlouho v jedné poloze, pokud je to možné.**

✓ **Nezůstávejte ve vlhku a na mokré ploše.**



Pokud jste schopni vstát, nevstávejte najednou:

✓ **Nejdříve se přetočte.**

✓ **Klekněte na kolena a opřete se rukama o zem.**

✓ **"Po čtyřech" se přesuňte k nejbližšímu kusu nábytku, na který si můžete sednout.**

✓ **Chvíli odpočívejte vsedě, a potom můžete opatrně vstát.**

✓ **Při chůzi se přidržujte nábytku nebo madel.**



Obecná opatření pro bezpečnou domácnost

- ✓ Dostatečné vhodné osvětlení, označené vypínače.
- ✓ Neklouzavé a čisté povrchy podlah.
- ✓ Dostatek prostoru pro pohyb.
- ✓ Funkční spotřebiče (plynové i elektrické).
- ✓ Stabilní a bezpečné schůdky.
- ✓ Vhodná pevná obuv a neklouzavá podrážka bot.
- ✓ Nenosit oblečení tak dlouhé, že by se o něj mohlo při chůzi zakopnout.
- ✓ Nespěchat.
- ✓ Při dlouhodobé práci se zvednutými pažemi (př. věšení záclon, mytí oken apod.) nebezpečí závratě – vždy s dohledem.
- ✓ Pouštět nejdříve studenou vodu než teplou.
- ✓ Pomalu vstávat ze židle a postele, zvláště v noci a po ránu.
- ✓ Správné užívání léků – užívání dle indikace lékaře, využívat dávkovače léků, kontrolovat expirační dobu.



Rady pro jednotlivé místnosti v domácnosti

CHODBA A SCHODY

- ✓ Nainstalujte si do chodby kouřový detektor.
- ✓ Mějte dostatečné osvětlení.
- ✓ Odstraňte prahy či alespoň je výrazně označte.
- ✓ U schodů mějte zábradlí (min. 85 cm vysoké).
- ✓ Schody (alespoň první a poslední) barevně či reflexně označte - pruhy či nátěry).



KOUPELNA a WC

Využívejte následující pomůcky a úpravy:

- ✓ protiskluzové podložky a pásy do vany i vedle ní,
- ✓ madla u vany i WC,
- ✓ sedačky a stoličky,
- ✓ termostatická baterie, nejlépe páková,
- ✓ nástavec na WC.



KUCHYŇ

- ✓ Mějte dostatečné osvětlení.
- ✓ Uložení věcí na dostupném místě, ne ve výškách, v opačném případě použijte stabilní schůdky, ale i tak hrozí závrať.
- ✓ Ostré nože a další pomůcky používejte opatrně.
- ✓ Označte si čisticí prostředky a další chemikálie, odkládejte je na uzamykatelném místě.
- ✓ Mějte čistou a nekluzkou podlahu a pracovní plochu.
- ✓ Ucha hrnců, rukojeti pánví a chňapky dávejte mimo oheň.
- ✓ Chňapky nepoužívejte mokré, hrozí opaření.



OBÝVACÍ POKOJ

- ✓ Mějte vhodné osvětlení.
- ✓ Pouze stabilní nábytek může sloužit k případné opoře.
- ✓ Koberce zajistěte proti posunutí protiskluzovou páskou nebo je nahradte koberci s pryžovou neklouzavou spodní vrstvou, volné okraje koberců.
- ✓ Připevněte k podlaze. Případně koberce úplně odstraňte.
- ✓ Mějte křesla s opěrkami.
- ✓ U topení dávejte pozor na popálení a záclony.

LOŽNICE

- ✓ Mějte vhodné bodové osvětlení (lampičku u postele) a případně i baterku.
- ✓ Postel má být přiměřené výšky, možno přidat matraci, ale je nutné zabránit jí v posunutí.
- ✓ Mějte dostatečný prostor okolo postele.
- ✓ Na nočním stolku mějte léky a telefon s tísňovými čísly.
- ✓ Při vstávání chvíli zůstaňte sedět na posteli, trochu si vsedě zacvičte a potom vstaňte.

Rady pro venkovní prostředí

DÍLNA A ZAHRADA

- ✓ Používejte ochranné pomůcky (brýle apod.).
- ✓ Těžší práci ponechte mladším (např. prořezávání větví).
- ✓ Pokud vykonáváte náročnější práci, rozložte si ji, častěji odpočívejte.



POCHŮZKY

- ✓ Zejména v zimě je vhodná hůl s bodcem.
- ✓ Používejte protiskluzové podrážky nebo protiskluzové návleky na boty.
- ✓ Ve tmě noste světlé oblečení a reflexní materiály.

NÁKUPY

- ✓ Nespěchejte.
- ✓ Noste tašku na kolečkách.
- ✓ Můžete využít donáškovou službu.



DALŠÍ DŮLEŽITÁ OPATŘENÍ A DOPORUČENÍ

Mějte lékárničku v dosahu.

Mějte vhodné strategie pro výměnu žárovky a jiné práce ve výškách - dělejte pod dohledem nebo poproste někoho v rodině či odborníka.

Mějte nainstalován detektor CO.

Mějte mobil v dosahu event. náramek SOS či jiný systém k přivolání pomoci je nutností v případě nouze.

Zamykejte vstupní dveře a bezpečně kontrolujte před odemčením, kdo je za dveřmi.

Mějte kontakty a dobré vztahy se sousedy.

Ujistěte se o umístění náhradních klíčů a určete důvěrnou blízkou osobu, která bude mít náhradní klíče.

POMŮCKY PRO SEBEOSLUHU A BEZPEČNÝ DOMOV

Na trhu je široký výběr pomůcek pro zvýšení soběstačnosti a bezpečnosti v domácnosti. Pro inspiraci je níže uvedená obrazová dokumentace. Pomůcky žádejte ve zdravotnických prodejnách, některé pomůcky může předepsat Váš lékař (nejčastěji praktik, neurolog, ortoped, rehabilitační lékař).

- **Základní sebeobsluha**



- **Pomůcky do koupelny a WC, toaletní křesla, madla**



- **Označení schodů a protiskluzová opatření**



- **Dávkovač léků, nakupování, tísňové volání**



Zdroje a doporučené odkazy:

www.zivot90.cz, www.zijtekvalitne.cz, www.ortoservis.cz, www.dmapraha.cz,
www.meyra.cz, www.medicco.cz, www.ottobock.cz, www.rehabilitacnipomucky.cz

Materiál zpracovala: Mgr. Anna Kuželková v rámci Projektu s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“, Reg. č. GAJU 138/2016/S.

Příloha 2 Hodnocení domácího prostředí dle zásad MKF

Dále je kompletní hodnocení domácího prostředí, které dodržuje zásady kódování dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). Pokud se hodnotitel rozhodne nezahrnout do evaluace domácího prostředí klasifikaci MKF, lze navržený formulář využít bez těchto kódů.

Původní hodnocení bylo výstupem ergoterapeutické diplomové práce autorky Doroty Podzemné (2019)¹, v rámci projektu s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“, Reg. č. GAJU 138/2016/S.

¹ PODZEMNÁ, D., 2019. Ergoterapeutické hodnocení domácího prostředí osob se získaným poškozením mozku. Případová studie se zaměřením na facilitátory a bariéry dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Diplomová práce, vedoucí Krulová, Anna (Kuželková). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze.

Hodnocení domácího prostředí s využitím Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)

©Podzemná, D., Kuželková, A., 2024

INSTRUKCE K HODNOCENÍ

Tento formulář slouží k hodnocení domácího prostředí klienta s fyzickým postižením. Měl by ergoterapeutům poskytnout vodítko, jak při hodnocení postupovat a čemu věnovat pozornost. Jednotlivé položky jsou seřazeny takovým způsobem, aby bylo hodnocení co možná nejefektivnější. Formulář je rozdělen na část popisnou a samotné hodnocení domácího prostředí.

Popisná část je hodnocena formou rozhovoru s klientem, případně rodinnými příslušníky. Slouží ke sběru anamnestických údajů týkajících se zejména klientova zdravotního stavu a způsobu bydlení. **Hodnocení domácího prostředí** poté probíhá pomocí zúčastněného pozorování. Ergoterapeut spolu s klientem dle potřeby, vzhledem k jeho funkčnímu stavu, postupně prochází jednotlivé místnosti domácnosti. Ke každému klientovi by měl být zvolen individuální přístup a vše by mělo být posuzováno komplexně a v souvislostech. Formulář je navržen tak, aby bylo prostředí hodnoceno ve vztahu k ADL a iADL aktivitám. Ke každé místnosti je přiřazena funkční aktivita, která je v dané místnosti většinou prováděna. Ergoterapeut tedy nejprve hodnotí funkční aktivitu (kterou si od klienta nechá názorně předvést), ale rovnou v souvislosti s prostředím. Formulář je poměrně obsáhlý, ale u každého klienta se hodnotí pouze relevantní položky. U těchto položek je poté zaznamenáno, zda se jedná o bariéru, facilitátor a pro orientaci a zdůraznění, zda hrozí riziko pádu. Formulář je navržen dle MKF, každá položka tedy obsahuje kód odkazující na tuto klasifikaci. V rámci formuláře je možné hodnotit nejen faktory prostředí, ale také další z komponent MKF – aktivity a participace. Návod, jak postupovat při hodnocení MKF je prezentován na následujících stránkách. Pro zaznamenání výstupu z hodnocení dle MKF je možné využít předem připravené tabulky na konci hodnocení.

Popis hodnocení dle MKF

Ke každé relevantní položce přiřadte hodnotu **kvalifikátoru**. Kvalifikátory jsou stejné pro všechny komponenty a domény MKF. Určují stupeň zdraví nebo závažnost problému. Bez kvalifikátoru nemá kód smysl. Kóduje se jako jedno nebo více čísel za tečkou v každém kódu.²

² ŠVESTKOVÁ, O., 2017. Rehabilitace motoriky člověka úvod. In: *Rehabilitace motoriky člověka, Fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada.

Hodnocení tíže disability³

xxx.0 – žádný problém	(nepřítomen, zanedbatelný,...)	0-4%
xxx.1 – mírný problém	(nepatrný, mírný,...)	5-24%
xxx.2 – střední problém	(střední, snesitelný,...)	25-49%
xxx.3 – těžký problém	(vysoký, extrémní,...)	50-95%
xxx.4 – úplný problém	(totální,...)	96-100%
xxx.8 – nespecifický problém		
xxx.9 – nelze aplikovat		

0 Žádný impairment znamená, že osoba nemá žádný problém.

1 Mírný impairment znamená, že problém je přítomen méně než 25% času, s intenzitou, kterou může osoba tolerovat a který se stal zřídka během posledních 30 dní.

2 Střední impairment znamená takový problém, který je přítomen méně než 50% času s intenzitou, která zasahuje do každodenního života osoby a který se děje občas za posledních 30 dní.

3 Silný impairment znamená takový problém, který je přítomen více než 50% času, s intenzitou, která částečně rozvrací každodenní život osoby a který se děje často během posledních 30 dní.

4 Kompletní impairment znamená takový problém, který je přítomen více než 95% času, s intenzitou, která totálně rozvrací každodenní život osoby a který se děje každý den v posledních 30 dnech.

8 Nespecifikováno znamená, že je nedostatečná informace ke specifikování síly impairmentu.

9 Neaplikovatelné znamená, že je to nepřiměřené aplikovat jednotlivý kód.

Aktivity a participace „d“

Komponenta aktivity a participace se značí písmenem „d“. Při kódování přiřaďte hodnotu dvou kvalifikátorů – výkon (participace) a kapacita (aktivita). Systém kvalifikátorů zobrazuje tabulka č. 1.

První kvalifikátor: Výkon (participace)	Druhý kvalifikátor: Kapacita (aktivita)
<ul style="list-style-type: none"> aktuální výsledek efektu prostředí na funkční schopnosti člověka výkon osoby v aktuálním prostředí závislost na prostředí 	<ul style="list-style-type: none"> schopnosti člověka bez ovlivnění prostředí kapacita osoby bez facilitujících nebo bariérových prvků prostředí bez závislosti na prostředí

Tab. č. 1 – Aktivity a participace: systém kvalifikátorů⁴

³ WHO, 2008. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. Překlad Jan Pfeiffer, Olga Švestková. Praha: Grada.

⁴ ŠVESTKOVÁ, O., 2017. Rehabilitace motoriky člověka úvod. In: *Rehabilitace motoriky člověka, Fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada.

Faktory prostředí „e“

Komponenta faktory prostředí se značí písmenem „e“. Při kódování zaznamenáváme, zda se jedná o bariéru nebo facilitátor (má před číslem znaménko +). V rámci formuláře u relevantních položek zaznamenejte, zda se jedná o bariéru nebo facilitátor a přiřaďte vhodný kvalifikátor. V případě sloučených položek poté navíc rozhodněte, v dalším sloupci, o výsledné hodnotě kvalifikátoru pro tyto položky.

Bariéra	Facilitátor
0 Není bariéra	0 Není facilitátor
1 Lehká bariéra	+1 Lehce podporující facilitátor
2 Středně těžká bariéra	+2 Středně podporující facilitátor
3 Těžká bariéra	+3 Podstatně podporující facilitátor
4 Kompletní bariéra	+4 Kompletně podporující facilitátor
8 Nespecifická bariéra	+8 Nespecifická facilitátor
9 Nelze použít	+9 Nelze použít

Tab. č. 2 – Faktory prostředí: kvalifikátory

Hodnotitel:

Datum:

Jméno klienta	Rok narození/věk
Základní diagnóza	
Další relevantní zdravotní komplikace	
Sociální situace, příspěvky a výhody	
Lokomoce <input type="checkbox"/> bez pomůcky <input type="checkbox"/> chodítka <input type="checkbox"/> berle/hole <input type="checkbox"/> elektrický vozík <input type="checkbox"/> mechanický vozík	
Subjektivní potíže, bariéry/facilitátory (kompenzační pomůcky)	
Zájmy	
Denní režim	

Domácnost

Typ bydlení <input type="checkbox"/> přízemní rodinný dům <input type="checkbox"/> vícepodlažní rodinný dům <input type="checkbox"/> přízemní byt <input type="checkbox"/> byt v patře <input type="checkbox"/> mezonetový byt
Způsob bydlení <input type="checkbox"/> samostatně <input type="checkbox"/> s rodinou <input type="checkbox"/> s asistencí <input type="checkbox"/> jiné – upřesněte:
Charakter bydlení <input type="checkbox"/> vlastní <input type="checkbox"/> pronajaté <input type="checkbox"/> podporované <input type="checkbox"/> chráněné <input type="checkbox"/> jiné – upřesněte:
Bezbariérové úpravy
Hlavní požadavky na hodnocení domácnosti

Hodnocení domácího prostředí**1. VSTUP DO DOMÁCNOSTI****Hodnocení funkčních aktivit v dané místnosti**

Chůze/jízda na vozíku:

Schody:

Hodnocení místnosti

Bar. Fac. Riziko MKF Poznámky

Přístupová cesta (povrch, šířka, sklon, charakter,...)				e 1500	
Schody				e 1550	
Vstup do obydlí (šířka, výška prahu, způsob otvírání/zavírání – klika, zámek)				e 1550	
Manipulační prostor – šířka chodby, povrchová úprava				e 1552	
Poštovní schránka				e 1551	
Výtah				e 1501	
Vstupní dveře do bytu (šířka, výška prahu, způsob otvírání/zavírání – klika, zámek)				e 1550	
Domácí telefon				e 1551	

Jiné:

1. KOUPELNA**Hodnocení funkčních aktivit v dané místnosti****Osobní hygiena:****Koupání:****Přesun vana/sprchový kout:****Hodnocení místnosti**

Bar. Fac. Riziko MKF Poznámky

Dveře (šířka, výška prahu, způsob otevírání/zavírání – klika)				e 1550	
--	--	--	--	-----------	--

Manipulační prostor – šířka místnosti, povrchová úprava				e 1552	
Vana/sprchový kout				e 1150	
Baterie/zátka ve vaně/sprch. koutě				e 1150	
Držák na sprchu				e 1150	
Umyvadlo				e 1150	
Baterie/zátka v umyvadle				e 1150	

Jiné:

2. WC**Hodnocení funkčních aktivit v dané místnosti****Použití WC:****Kontrola močení, vyprazdňování:****Přesun WC:****Hodnocení místnosti**

Bar. Fac. Riziko MKF Poznámky

Dveře (šířka, výška prahu, způsob otevírání/zavírání – klika)				e 1550	
Manipulační prostor – šířka místnosti, povrchová úprava				e 1552	
Toaleta				e 1150	
Splachovací zařízení				e 1150	
Umístění toaletního papíru				e 1150	

Jiné:

3. KUCHYŇĚ, JÍDELNA (PROSTOR PRO STRAVOVÁNÍ)**Hodnocení funkčních aktivit v dané místnosti****Příjem jídla:****Přesun na/z židle:****Příprava jídla:****Nakupování:****Hodnocení místnosti**

Bar. Fac. Riziko MKF Poznámky

Dveře (šířka, výška prahu, způsob otevírání/zavírání – klika)				e 1550	
Manipulační prostor – šířka místnosti, povrchová úprava				e 1552	
Pracovní deska				e 1150	
Dřez				e 1150	
Baterie/zátka dřezu				e 1150	
Odpadkový koš				e 1150	
Kuchyňské spotřebiče (lednice, varná deska, trouba, malé kuchyň. spotřebiče, pračka)				e 1150	
Úložné prostory				e 1551	
Jídelní stůl				e 1150	

Jiné:

4. LOŽNICE**Hodnocení funkčních aktivit v dané místnosti****Oblékání:****Přesun na/z postel(e):****Hodnocení místnosti**

Bar. Fac. Riziko MKF Poznámky

Dveře (šířka, výška prahu, způsob otevírání/zavírání – klika)				e 1550	
Manipulační prostor – šířka místnosti, povrchová úprava				e 1552	
Postel				e 1150	
Nábytek				e 1150	

Jiné:**5. OBÝVACÍ POKOJ****Hodnocení funkčních aktivit v dané místnosti****Přesun sedací souprava/křeslo:****Hodnocení místnosti**

Bar. Fac. Riziko MKF Poznámky

Dveře (šířka, výška prahu, způsob otevírání/zavírání – klika)				e 1550	
Manipulační prostor – šířka místnosti, povrchová úprava				e 1552	
Nábytek				e 1150	

Jiné:

6. PRACOVNÍ PROSTOR**Hodnocení funkčních aktivit v dané místnosti**

Funkční komunikace (PC, mobilní telefon):

Vedení domácnosti/finance:

Hodnocení místnosti

Bar. Fac. Riziko MKF Poznámky

Pracovní stůl				e 1150	
Židle				e 1150	
Úložné prostory				e 1150	

Jiné:

7. TECHNICKÉ PROSTORY

garáž, sklep, půda, prádelna, skladovací prostory

Hodnocení funkčních aktivit

Domácí práce:

Vysávání:

Úklid:

Praní:

Věšení prádla:

Žehlení:

Poznámky:

8. VENKOVNÍ PROSTORY

zahrada, terasa, balkón

Poznámky:

9. OSTATNÍ

Hodnocení funkčních aktivit

Léky:

Transport/řízení:

Péče o druhé:

Péče o domácí zvířata:

ZÁVĚR

Funkční schopnosti:

Souhrn bariér:

Souhrn facilitátorů:

Doporučení pro úpravy a indikaci pomůcek:

Další doporučení:

Výstup z hodnocení domácího prostředí dle MKF

AKTIVITY A PARTICIPACE	Kvalifikátor výkonu	Kvalifikátor kapacity
d 360 Používání komunikačních pomůcek a technik		
d 3600 Používání telekomunikační pomůcky (telefon)		
d 3601 Používání psacích strojů (PC)		
d 410 Měnění základní pozice těla		
d 450 Chůze		
d 4500 Chůze na krátké vzdálenosti (méně než 1 km)		
d 4501 Chůze na dlouhé vzdálenosti (více než 1 km)		
d 4502 Chůze na různém povrchu (schody)		
d 365 Pohyb za použití různých zařízení (vozik, chodítko)		
d 470 Používání dopravy (jako pasažér)		
d 4701 Používání soukromé motorové dopravy		
d 4702 Používání veřejné motorové dopravy		
d 475 Řízení		
d 4751 Řízení dopravního prostředku, poháněného motorem		
d 510 Sám se umýt		
d 5100 Mytí částí těla		
d 5101 Mytí celého těla (vykoupat se, osprchovat se)		
d 5100 Osušit se		
d 520 Péče o části těla		
d 5200 Péče o kůži		
d 5201 Péče o zuby		
d 5202 Péče o vlasy		
d 5203 Péče o nehty na ruce		
d 5204 Péče o nehty na noze		
d 530 Používání toalety		
d 5300 Úprava močení		
d 5301 Úprava defekace		
d 5302 Péče při menstruaci		
d 540 Oblékání		
d 5400 Oblékání		
d 5401 Svlékání		
d 5402 Obouvání		
d 5403 Zouvání		
d 550 Jídlo		
d 560 Pití		
d 570 Péče o své zdraví		
d 5702 Udržování si vlastního zdraví (léky)		
d 620 Získávání nezbytných věcí		
d 6200 Nakupování		
d 630 Příprava jídla		
d 6300 Příprava jednoduchých jídel		
d 6301 Příprava složitých jídel		
d 640 Vykonyávání domácích prací		

d 6400 Praní a sušení prádla a oděvů		
d 6401 Úklid kuchyně a zařízení		
d 6402 Úklid obytných prostor		
d 6403 Používání domácích spotřebičů		
d 6405 Odstraňování odpadků		
d 650 Péče o předměty v domácnosti		
d 6506 Péče o zvířata		
d 660 Pomoc druhým		
d 6600 Pomoc druhým při sebeobsluze		
d 6601 Pomoc druhým při hybnosti		
d 6404 Pomoc druhým při stravování		
d 6405 Pomoc druhým při udržení zdraví		
d 870 Ekonomická soběstačnost		
d 8700 Osobní ekonomické zdroje (vedení domácnosti)		

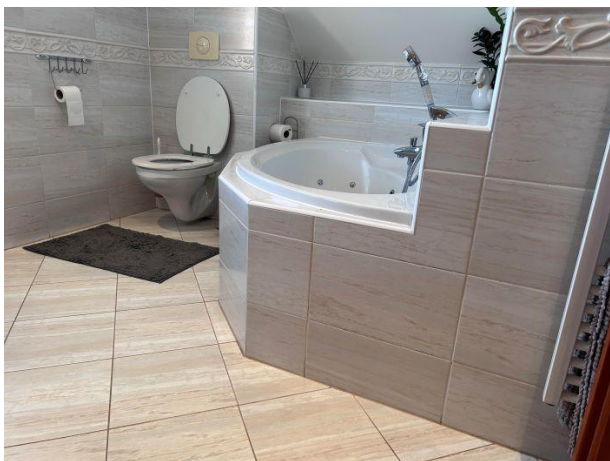
FAKTORY PROSTŘEDÍ	Kvalifikátor bariéra nebo facilitátor
e 115 Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě	
e 1150 Obecné produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě	
e 150 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití	
e 1500 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro vchody a východy z budov k veřejnému použití	
e 1501 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro získání facilitačních prostředků v přístupu a uvnitř budov k veřejnému použití	
e 155 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro soukromé použití	
e 1550 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro vnitřní a vnější vybavení budov pro soukromé použití	
e 1551 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro získání přístupů a facilitačních pomůcek v budovách pro soukromé použití	
e 1552 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro určení směru cesty, označování stopy a míst v budovách pro soukromé užití	

Příloha 3 Fotodokumentace vybraných bariér a facilitátorů v domácím prostředí

Zdroj obrázků: Vlastní, Projektu s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“, Reg. č. GAJU 138/2016/S.

Bariéry

- **Koupelna a WC** – bariérová vana, nízká toaleta a kobereček, chybějící madla, absence sedačky do vany a chybějící protiskluzové prvky



- **WC** – malá toaleta a otevírání dveří dovnitř, chybějící madla



- **Vstupu do obydí** – schody (pozn.: vhodn je alespoň protiskluzová úprava)

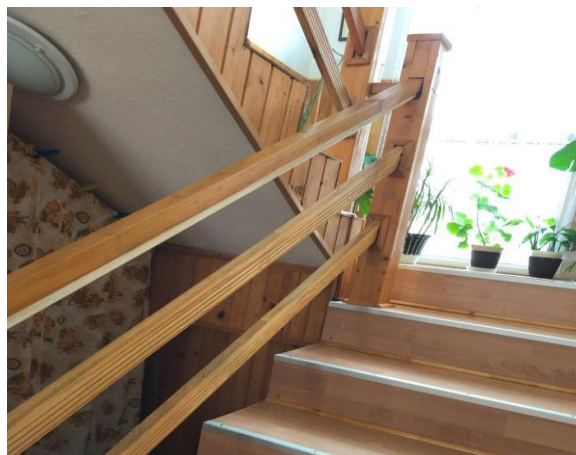


- **Bariérové schody a koberečky při vstupu do obydí**



Bariéry

- **Točité schody v interiéru**, chybí označení (pozn.: vhodně je udělaná protiskluzová úprava)
- **Schody v interiéru**, chybí označení prvního schodu i protiskluzová úprava



Facilitatory

- **Koupelna** – bezbariérový sprchový kout a drobné pomůcky – mycí kartáč na prodloužené rukojeti, protiskluzová podložka, madlo
- **Interiér** – dostatečný manipulační prostor po odstranění zbytečného nábytku a drobností



