

Základní principy současné neurorehabilitace

doc. MUDr. Olga Švestková, Ph.D.

Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN Praha

Neurorehabilitace je rehabilitace pacientů po poškození centrální nervové soustavy. Jde o interprofesionální individuálně zaměřenou rehabilitaci pacientů s neurologickým onemocněním. V roce 1996 iniciovala Evropská federace Neurologických společností (EFNS) vytvoření standardů neurorehabilitace. Světová společnost pro neurorehabilitaci pracuje již řadu let. V rámci naší Společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny J. E. Purkyně byla založena sekce Neurorehabilitace. V České republice bohužel neexistují neurorehabilitační oddělení. Máme vůči pacientům s neurologickými deficity velké dluhy. Nezbytné změny by měly být také podpořeny legislativně.

Klíčová slova: neurorehabilitace, rehabilitace pacientů s neurologickými onemocněními, člověk s disabilitou, mezinárodní klasifikace funkčních schopností disability a zdraví.

Basic principles of contemporary neurorehabilitation

Neurorehabilitation is rehabilitation of patients with neurological diseases. Interprofessional rehabilitation is focus on each individual of patient. European Federation of Neurological societies create standards of neurorehabilitation. World society of Neurorehabilitation is working many years. We established Neurorehabilitation section under the Society of Rehabilitation and physical Medicine J.E.Purkyne. We don't have yet neurorehabilitation departments in Czech Republic. The necessity changes have to be supported by new legislative.

Key words: neurorehabilitation, rehabilitation of patients with neurological diseases, man with disability, International Classification of Functioning, Disability and Health.

Neurol. praxi 2013; 14(3): 136–139

Seznam zkratk

EFNS – Evropská federace neurologických společností
FIM – funkční míra závislosti
MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
RS – roztroušená skleróza
WHO – Světová zdravotnická organizace

Koordinovaná rehabilitace, resp. neurorehabilitace

Koordinovaná rehabilitace je souvislá a komplexní činnost uskutečňovaná prostřednictvím rehabilitačních prostředků, jejichž základním úkolem je co nejvíce zmírňovat přímé i nepřímé důsledky dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které významným způsobem omezují nebo zcela znemožňují sociální začlenění osob s disabilitou (zdravotním postižením). Koordinovaná rehabilitace je proces, jehož cílem je umožnit osobám s disabilitou dosáhnout nebo udržet si optimální fyzickou, smyslovou, intelektovou, psychickou a sociální úroveň funkcí a poskytnout jim prostředky a podporu pro dosažení vyšší nezávislosti.

Základní charakteristiky koordinované rehabilitace, resp. neurorehabilitace

Včasnost je nasazení rehabilitačních prostředků v optimálním okamžiku. Jde o základní před-

poklad pro úspěšné naplnění účelu rehabilitace a vede k potřebné aktivizaci a motivaci pacientů.

Komplexnost je stanovení postupu rehabilitace, kdy jsou brány v úvahu všechny dostupné informace a hlediska.

Návaznost je souvislý sled akcí, které jsou navrženy tak, aby na sebe logicky navazovaly, podle dosaženého pokroku a bez zbytečných prodlév.

Koordinovanost je činnost řízená podle předem připraveného plánu a je vedena takovým způsobem, aby byl výsledek co nejlepší a nejefektivnější.

Součinnost je spolupráce mezi zúčastněnými stranami, tj. pacienty, poskytovateli rehabilitace, příslušnými orgány státní správy i samosprávy, včetně ministerstev, které se na rehabilitaci podílejí a které by měly velmi úzce spolupracovat.

Při zpracovávání posudků a zpráv používat Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (dále jen MKF) (International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)), která byla s účinností od 1. července 2010 zavedena Českých statistickým úřadem ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví. MKF je mj. určena pro účely hodnocení stupně disability, posuzování zdravotní způsobilosti k práci, speciálních potřeb ve vzdělání, předepisování a proplácení zdravotních pomůcek a pro zjišťování zdravotního stavu jako podkladu pro posouzení ve věcech dávek a služeb sociálního zabezpečení.

Pro účely poskytování koordinované rehabilitace je tato klasifikace a výstupy z ní ideálním podkladem pro poskytování jednotlivých prostředků rehabilitace.

Vysvětlení dalších pojmů

Dostupnost znamená, že rehabilitace probíhá tak, aby její služby mohli pacienti využívat a nebylo tak narušeno včasné zahájení, ani kontinuita procesu. Za dostupné a efektivní, z hlediska finančního zajištění, se považují služby v regionu, kde pacient bydlí. Individuální přístup znamená, že poskytování rehabilitace, tj. realizované rehabilitační prostředky, musí odpovídat konkrétním podmínkám a potřebám pacienta. Individuální přístup znamená, že navržený plán a postupy rehabilitace vycházejí z potřeb a možností této osoby.

Interprofesionální posouzení. V odůvodněných případech musí individuální přístup k pacientovi, zejména u osob s těžší disabilitou, vycházet z výsledků interprofesionálního posouzení, které je významným podkladem pro stanovení, resp. doporučení, odpovídajících rehabilitačních prostředků. Specializované poradenství je předávání komplexních informací a doporučení se zaměřením na individuální potřeby pacienta. Jeho cílem je řešení nepříznivé zdravotní a sociální situace těchto osob a poskytuje se na základě zjištěných individuálních potřeb a interprofesionálního posouzení.

Jde o druh sociální práce, který naplňuje definici obsažená v § 37 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Rehabilitační prostředky

Rehabilitační prostředky jsou oblasti, ve kterých rehabilitace probíhá, a jsou to: rehabilitace ve zdravotnictví, tj. léčebně rehabilitační péče, léčebná péče, ošetrovatelská péče včetně ergodiagnostiky, sociální rehabilitace, pracovní rehabilitace, rehabilitace vzdělávací.

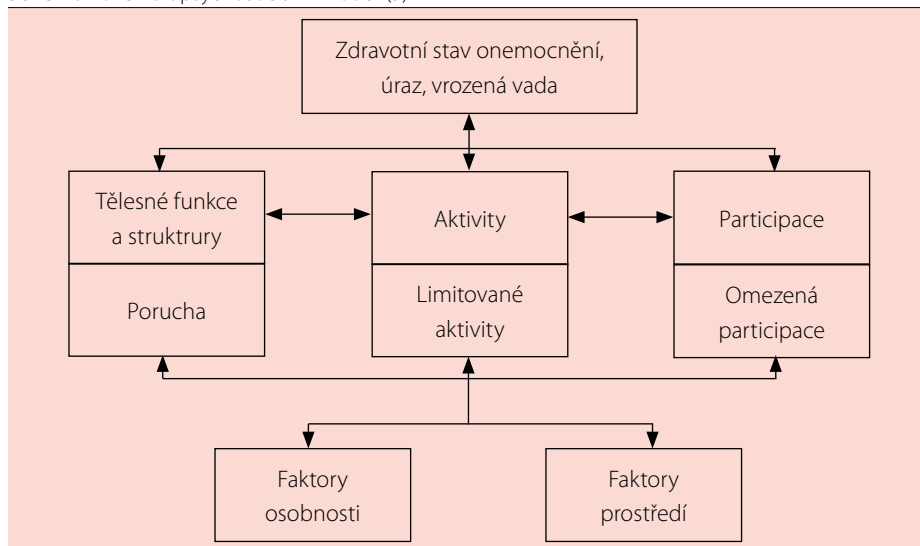
Neurorehabilitační oddělení musí splňovat požadavky na minimální personální, věcné a materiálové vybavení. V personálních otázkách jde o interprofesionální tým: rehabilitační lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, klinický neuropsycholog, speciální pedagog, zdravotní sestra, sociální pracovník. Po celou dobu by mělo být uplatňováno rehabilitační ošetrovatelství. Úzká spolupráce by měla být navázána s dalšími odborníky: pediatrem, dietologem, protetikem, event. ortopedem, urologem, plastickým chirurgem, biomedicínským inženýrem. Interprofesionální tým a spolupráce i s dalšími odborníky klade velký důraz na kvalitní koordinaci činnosti (case manažer) a důsledné vedení jednotlivých pacientů.

Speciální a vysoce kvalifikovaná neurorehabilitace se poskytuje pacientům s míšními lézemi, cévními mozkovými příhodami a traumatickým poraněním mozku, s roztroušenou sklerózou (RS). Pro tyto diagnózy existují specializovaná centra – spinální jednotky, cerebrovaskulární centra, RS centra, která by měla mít na neurologické oddělení navazující lůžkové oddělení včasné neurorehabilitace. Tato lůžková neurorehabilitační oddělení nyní vznikají jako součást iktových center pro pacienty s cerebrovaskulární příhodou. V publikaci WHO Zdraví na 21. století se uvádí (Health 21 – health for all in the 21st century), že nemocnice, které mají život zachraňující oddělení, by měla mít přímou návaznost (překlad z lůžka na lůžko) na lůžkovou rehabilitační (neurorehabilitační) oddělení.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností (MKF) disability a zdraví

International classification of functioning, disability and health (ICF) – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví klasifikace (MKF) byla vydána WHO (Světovou organizací zdraví) v r. 2001 (International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)) a její překlad do češtiny byl publikován v Gradě v roce 2008 (Kalvach et al., 2004; Lippertová-Grünerová, 2005). Základem této koncepce je konstrukce

Schéma 1. ICF biopsychosociální model (5)



funkční diagnózy, která je podstatně odlišná od diagnózy etiologické. Funkční diagnóza je v průběhu porušeného zdravotního stavu (nemoci, úrazu, vrozené vady) stejně závažná jako diagnóza etiologická a s odstupem času je v mnoha situacích i důležitější. Ve vyspělých zemích je využívání funkční diagnostiky významné a je základním pojmem rehabilitace (neurorehabilitace), která je ve většině evropských zemí zakotvena v legislativě. Rychlý vývoj medicíny, léčebné možnosti, které v posledních desetiletích předčily všechna očekávání a dlouhodobé prognózy vyvolaly i problém, kterým je dlouhý život s disabilitou a který předpokládá dobře organizovanou rehabilitaci. Medicína stojí na prahu epochy, kde stanovení etiologické diagnózy a její akutní zvládnutí přestává být problémem, dovedeme často překonat klinickou smrt, zachránit i zdánlivě beznadějně ohrožený život, ale nikoliv bez určitých omezení v oblasti aktivit a participací. MKF předpokládá, že etiologická diagnóza je patřičně stanovena příslušným lékařským oborem nebo i více obory podle Mezinárodní klasifikace nemocí WHO-10 verze. O nemoci nebo úrazu potřebujeme znát prognostické odhady a pravděpodobné charakteristiky stabilizace, ústupu příznaků, nebo jejich progresi. Podle toho řídíme krátkodobou a dlouhodobou strategii rehabilitace (Švestková et al., 2006). Pro jednotlivé významné diagnózy se používá podle MKF tzv. „Core Set“ (Stucki et al., 2002; Bickenbach et al., 2012), jde v podstatě o rehabilitační záznam, tedy dokument, který uvádí důležité údaje o jednotlivých projevech (doménách) dané choroby, úrazu nebo vrozené vady, které nesmíme opomenout a které musí být v rehabilitačním programu řešeny. „Core sety“ jsou v současné době věcí vývoje (Bickenbach et al., 2012; Eldar et al., 2008) a při-

pravují se pro jednotlivé diagnózy v Evropě (Community based rehabilitation and health care referral services). MKF vychází z neutrálních nikoliv patologických projevů. Jde o evidenci fyziologických funkcí a struktur, standardních lidských aktivit a sociálně politických okolností, ve kterých se uskutečňuje náš život. Teprve označením určitým kvalifikátorem se dosahuje vyjádření rozsahu limitovaných funkčních schopností. Některé hodnoty mohou být normální, tedy jsou zdravé (health) (Kalvach et al., 2004). MKF také zdůrazňuje pozitivní postoj rehabilitace a vyhýbá se devalorizujícím označením člověka. Rehabilitace používá výrazů jako zdravotní stav, zdravotní kondice člověka a funkční zdraví. V některých zemích se používá označení rehabilitant, ten jenž se stává znovu schopný. MKF zdůrazňuje, že nehodnotí člověka, ale situace, ve kterých se nachází a které mohou být disabilitující (disabling situation). Tedy disabilita není trvalá, ale nastává jen v situacích, kdy se projeví porucha tělesných funkcí a struktur, nebo limitovaná aktivita a participace. Pojem „disability“ není dosud jednoznačně do češtiny přeložen, protože pojmy uváděné ve standardních slovnících se neshodují s významovým obsahem, kterým je v MKF používán (překážka, omezení). Pokud jde o hodnocení nějaké aktivity, tak jde o meze, nebo hranice aktivity (aktivity limitation) a nahrazuje se pojmem disability. Definice disability podle MKF je výsledkem a konsenzem panelové diskuse v Praze, kterého se účastnili zástupci OSN, WHO, Rady Evropy, Evropské komise, OECD a zástupci odborníků v rehabilitaci a občané s disabilitou z 15 zemí EU. „DISABILITA je snížení funkčních schopností na úrovni těla jedince nebo společnosti, která vzniká, když se konfrontuje zdravotní stav s bariérami prostředí“. Pokud jde o omezení

účasti na nějaké společenské situaci u člověka s disabilitou, jedná se o omezenou participaci. Rehabilitace se vyhýbá pojmu péče (care), která představuje převážně pasivní program. Rehabilitace je aktivita, aktivizační program, iniciativa, péče je pasivní.

MKF používá čtyři základní **komponenty** (tělesné funkce a struktury, aktivity, participace, faktory prostředí), které se dělí na kapitoly a ty dále na domény. Domény vyžadují klasifikace stupně disability. Uvádí se i pátá komponenta, osobnost, kterou však, jak se v MKF připouští, nedovedeme prozatím dobře odhadnout (10), ale měli bychom ji dle individuální potřeby uvádět.

Hodnocení první komponenty je pohled fyziologický, patofyziologický, anatomický a patologicko-anatomický (strukturální). Hodnotí se všechny hlavní systémy člověka rozdělené do 8 kapitol a každá kapitola se dále dělí na jednotlivé domény. Komponenta má dvě části, funkční a strukturální a ty se pak označují malými písmeny b = body (tělesné funkce) a s = struktury (tělesné struktury).

TĚLESNÉ FUNKCE – kapitola 1. Mentální funkce, kapitola 2. Smyslové funkce a bolest, kapitola 3. Funkce hlasu a řeči, kapitola 4. Funkce kardiovaskulárního, hematologického, imunologického a respiračního systému, kapitola 5. Funkce metabolického, zažívacího a endokrinního systému, kapitola 6. Funkce genitourinální a reprodukční, kapitola 7. Funkce neuromuskuloskeletální a funkce vztahující se k pohybu, kapitola 8. Funkce kůže a k ní se vztahující struktury.

TĚLESNÉ STRUKTURY – kapitola 1. Struktury nervového systému, kapitola 2. Oko, ucho a příslušné struktury, kapitola 3. Struktury vztahující se k hlasu a řeči, kapitola 4. Struktury kardiovaskulárního imunitního a respiračního systému, kapitola 5. Struktury vztahující se k zažívání, metabolismu a endokrinnímu systému, kapitola 6. Struktury vztahující se ke genitourinálnímu a reprodukčnímu systému, kapitola 7. Struktury vztahující se k pohybu, kapitola 8. Kůže a k ní se vztahující struktury. Informace o funkcích a strukturách získáme jednak ze zdravotnické dokumentace, jednak informacemi od rehabilitanta nebo rodiny v rámci anamnézy a dále objektivním vyšetřením. Stále větší význam nabývají informace ze zobrazovacích technik a laboratorních vyšetření. Někdy potřebujeme znát odborné vyšetření funkcí i struktur fyziologických (health), které mohou některé porušené funkce dobře kompenzovat (např. ergometrické a respirační vyšetření). Nutné je vyšetření interprofesionálního týmu. Velmi důležitý úkol tohoto týmu je kla-

sifikace jednotlivých porušených funkcí a struktur, aktivit a participací a faktoru prostředí. MKF přímo vybízí všechna pracoviště, aby se této otázce pečlivě věnovala, protože jenom tak bude možno racionálně kvantifikovat a kvalifikovat rehabilitační program a jeho výsledky. Každá doména vyžaduje, aby jí byly přiděleny hodnoty podle následujících kvalifikátorů:

0. žádný problém	(nepřítomen, zanedbatelný...)	0–4 %
1. lehký problém	(nepatrný nízký...)	5–24 %
2. středně těžký problém	(střední, snesitelný...)	25–49 %
3. těžký problém	(vysoký, extrémní...)	50–95 %
4. úplný problém	(totální, úplný...)	96–100 %

Kvalifikace jednotlivých domén je zásadní požadavek a velká přednost MKF. Kvalifikační stupnice je stejná i pro komponentu aktivit a participací. Určité změny jsou u čtvrté komponenty prostředí, ale nejde o změny principu. Hodnotí se stejně na 5stuňové škále (0–4), a to bariéry a facilitátory prostředí (u facilitátorů se před číslo dává znaménko +, u bariér je číslo bez znaménka). Pokud se hodnocení skutečně uplatní, umožní to evidenci incidence a prevalence omezujících situací (disabling situations) při různých zdravotních poruchách a jejich rozsah. Při organizaci moderní rehabilitace je toto hodnocení nezbytné. Srovnatelné základní údaje v oblasti rehabilitace jsou předpokladem jejího fungování. V minulosti bylo vyvinuto mnoho hodnotících škál a systémů, standardizovaných na různých společenských skupinách, ale nejsou porovnatelné navzájem. Některá hodnocení vycházejí od nejvyššího čísla jako projevu nejtěžší poruchy, jiná mají velký počet stupňů hodnotících škály, atd. Podobné je to i například u FIM (Funkční míry nezávislosti).

Hodnocení druhé a třetí komponenty je hledisko všech aktivit, které člověk může vykonávat, ale především těch, které jsou pro daného jedince důležité. Jde o aktivity, na kterých se člověk větší měrou participuje ve společnosti, a tím je zapojen do konkrétní životní situace.

AKTIVITY A PARTICIPACE – kapitola 1. Učení se a aplikace znalostí, kapitola 2. Všeobecné úkoly a požadavky, kapitola 3. Komunikace, kapitola 4. Pohyblivost, kapitola 5. Péče o sebe – soběstačnost, kapitola 6. Domácí život, kapitola 7. Mezilidská jednání a vztahy, kapitola 8. Hlavní oblasti života, kapitola 9. Komunita sociální a občanský život. Druhá a třetí komponenta je již výsostně rehabilitační program, který zajišťuje tým odborníků. Předpokládá rehabilitační centrum

existující u každého většího zdravotnického zařízení, které má přiměřený počet rehabilitačních lůžek a spojení na další důležité rehabilitační aktivity, jako jsou zaměstnavatelské organizace, příslušný úřad práce, regionální sociální a školský odbor, stavovské a společenské organizace, sdružení zabývající se občanskou problematikou některých chorob, stavů po úrazech nebo vrozených poruchách (Stucki et al., 2002), jde o organizace osob s disabilitou. Jestliže se domníváme, že velké množství stále vznikajících informací o poruchách zdraví a nemoci se lépe řeší v koncentrované spolupráci mnoha odborníků ve velkých celcích nemocnic, pak to stejně platí o funkčních aktivitách limitovaných zdravotní kondicí. Jejich základním společným pojmem je rehabilitace. Zatím je u nás stav poněkud chaotický a problémy rehabilitace se více méně ponechávají volnému průběhu. Z výše uvedených aktivit a participací je zřejmé, že jde o mnohočetné problémy, které mají zdravotní příčinu, ale jejich řešení pak vyžaduje dobrou koordinaci aktivit mnoha rehabilitačních prostředků (Švestková, 2002). Velmi mnoho z nich má přímou návaznost na programy pedagogické, dále pracovní, a tím zaměstnanecké i finanční, sociální a v širším pojetí i politické. Chybí nám systémové a organizační řešení. Velmi důležitá je kvantifikace a otázka tíže disability, což nabízí řešit MKF. V první řadě bychom měli dosáhnout možnosti vybudovat a využívat u každé větší nemocnice prostředky pro kvantifikaci poruch a jejich zmírňování a dosahování nejvyššího možného stupně funkční schopnosti. Jde o výcvik osobní nezávislosti ve cvičných prostorech modelového bytu. Hygienické funkce, cvičné koupelny a toalety, cvičná kuchyně, jídelna a odpočinková místnost simulující ložnici. Alespoň jeden větší prostor pro klidné činnosti ergoterapeutické a jeden pro činnosti hlučné. Tyto prostory by měly být skutečně využity po plnou pracovní dobu. Ve všech nemocnicích již máme tělocvičné prostory a většinou i dostatečnou fyzikální terapii, ale funkční diagnostika a trénink aktivit denního života s indikací nezbytných kompenzačních pomůcek chybí. Dále je nezbytné zřizovat pracovní psychologa, ergoterapeuta, logopeda, speciálního pedagoga a sociální pracovníce, která systematicky udržuje a navazuje styk s faktory prostředí. Neurorehabilitace potřebuje dostatečné množství lůžkových oddělení a předpokládá úzké propojení s řadou specializovaných pracovišť, která velkým dílem využívají prostředků rehabilitace a někdy se přímo s rehabilitací překrývají. Jde o posudkové lékařství, pracovní lékařství, (sociální lékař-

ství), tělovýchovné lékařství, geriatrii, oddělení pro léčení bolesti a myoskeletálních problémů. Zásadní jsou sériově vyráběné technické prostředky, např. kompenzační. Některé z nich však nejsou individuálně zaměřené, a proto jsou nezbytné individuální úpravy nebo individuální výroba technických pomůcek (ortézy, protézy, epitézy, calceotonika) (Švestková et al., 2006).

Hodnocení čtvrté komponenty je pohled společenský. Jde o druhou část klasifikace, která klasifikuje prostředí, ve kterém se člověk nachází a potřebuje překonávat různé limity svých aktivit, které ho omezují s cílem co nejdříve se vrátit do společnosti (Community based rehabilitation and health care referral services). Komponentu zevního prostředí máme pro potřeby rehabilitace nejméně zvládnutou.

FAKTORY PROSTŘEDÍ – kapitola 1. Produkty a technologie, kapitola 2. Přirozené prostředí a člověkem vytvořené změny v prostředí, kapitola 3. Podpora a vztahy, kapitola 4. Postoje, kapitola 5. Služby, systémy a politické postupy.

0. žádná bariéra	(nepřítomná, zanedbatelná)	0–4 %
1. lehká bariéra	(nízká, malá)	5–24 %
2. středně těžká bariéra	(zřetelná, větší...)	25–49 %
3. těžká bariéra	(těžká bariéra ...)	50–95 %
4. úplná bariéra	(totální, úplná...)	96–100 %
+ 1 lehká facilitace	(nízká, malá...)	5–24 %
+ 2 středně velká facilitace	(zřetelně větší...)	25–49 %
+ 3 velká facilitace	(vysoká, extrémní...)	50–95 %
+ 4 úplná facilitace	(totální, úplná...)	96–100 %

Faktory prostředí mají určitý kvalifikační doplněk. Základ je stejný, ale u klasifikací bariér se nepoužívá znaménko, u facilitátorů se používá hodnocení znaménko +.

Faktory prostředí by měla všechna rehabilitační centra evidovat a provádět jejich kvalifikace podle MKF (Švestková et al., 2006). Velmi aktivně v tomto směru je možno pracovat se skupinami v rámci organizací osob s disabilitou. Jako příklad může posloužit Pražská památková rezervace „Atlas přístupnosti pro osoby s omezenou schopností pohybu“. Ve 21. století již nestačí „klasická medicína“, která prováděla etiologickou diagnózu a na jejím základě indikovala terapii, nyní je nutné od začátku onemocnění, po úrazu nebo u vrozené vady, myslet na dosažení maximálně možné kvality života (Health 21 – health for all in the 21st century). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR oznámil 8. prosince 2009 v Částce 137, Sdělení Českého statistického úřadu: č. 431/2009 Sb. zavedení Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví v ČR od 1. 7. 2010.

Závěrem by bylo potřeba dodat, že systém koordinované rehabilitace (resp. neurorehabilitace) v České republice neexistuje. Pracovní skupina na Ministerstvu práce a sociálních věcí připravuje zákon „Koordinovaná rehabilitace“, který vychází z filozofie MKF a měl by obsahovat práva a povinnosti pacientů/klientů a zařízení, vstupy a výstupy v rehabilitaci, systém a organizace rehabilitace, vzájemnou součinnost složek rehabilitace ve zdravotnictví, sociální, pedagogickou a pracovní.

Literatura

1. Bickenbach J, Cieza A, Rauch A, Stucki G. „ICF Core Sets, Manual for Clinical Practice“, ICF Research Branch in cooperation with the WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications in Germany 2012.
2. Community based rehabilitation and health care referral services: A guide for programme managers. Rehabilitation. Health Organization, 1994.
3. Health 21 – health for all in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999. Praha: MZ ČR, 2001.

4. Eldar R, Kullman L, Marincek C, Sekelj-Kauzlarič K, Švestková O, Palat M. Rehabilitation Medicine in Countries of Central/Eastern Europe, Disability and Rehabilitation (An international multidisciplinary journal), Taylor&Francis, London, England 2008; 30(2): 134–141.

5. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Ženeva: WHO, 2001.

6. Kalvach Z, Zadák Z, Jiráček R, Závazalová H, Sucharda P, et al. Geriatrie a gerontologie. Grada Publishing, a.s. 2004.

7. Leonardi M, Pissoni C, Raggi A, Ajovalasit D, Cattoni D. Measuring Health and Disability in Europe: Supporting policy development – MHADIE. Milano: Instituto neurologico C. Besta 2005.

8. Lippertová-Grünerová M. Neurorehabilitace 2005.

9. Pfeiffer J, Švestková O. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, Grada Publishing 2008, „Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF“ překlad z originálu International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF, Health Organization 2001.

10. Schuntermann MF. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) online. cit.2007–05–30. Dostupné také na WWW: <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/>

11. Stucki G, Cieza A, Ewert T, Konstansek N, Chatterji S, Bedirhan Üstün T. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice, Disability and Rehabilitation 2002; 5: 281–282.

12. Švestková O, Angerová Y, Brtnická P, chapter „Practical using of ICF of patients after TBI“, 9th Congress of European Federation for Research in Rehabilitation 2007, published by MEDIMONT, Bologna, Italy 2007: 95–99.

13. Švestková O, Angerová Y, Pfeiffer J. Hodnocení zdraví, disability v Evropě, EUROREHAB, 3–4, XVI. ročník, 2006, vydáno Eurorehab spol. s r.o., Bratislava, 2006: 117–120.

14. Švestková O. Conceptual basis of a legal framework for rehabilitation in the Czech Republic – a proposal, Disability and Rehabilitation (An international multidisciplinary journal), 2002; 24(15): 798–801.

15. Švestková O, Pfeiffer J, Angerová Y, Brtnická P. Praktické použití Mezinárodní Klasifikace Funkčních schopností, Disability a Zdraví- MKF, Eurorehab, číslo 1–2, XVI. ročník, 2006, vydáno EUROREHAB spol. s r.o., Bratislava, 2006: 31–36.

Článek doručen redakci: 10. 11. 2012

Článek přijat k publikaci: 17. 1. 2013

doc. MUDr. Olga Švestková, Ph.D.

Klinika rehabilitačního lékařství

1. LF UK a VFN Praha

Albertov 7, 128 00 Praha

olga.svestkova@lf1.cuni.cz

