

INFORMÁTOR

ASOCIÁCIE POLIO V SR

Z obsahu:

- *Víkendový pobyt – Piešťany*
- *Rekondičný pobyt – Dudince*
- *Európska sociálna charta a my*
- *Analýza a správa o zabezpečovaní zdravotnej starostlivosti osôb so zdravotným postihnutím a návrh opatrení na ich riešenie*
- *Problematika „postpoliomyelitického syndromu“*

Ročník XV.

2/2010

Informátor Asociácie polio v SR

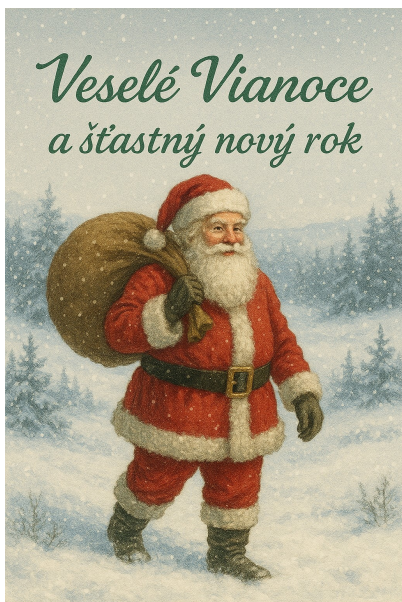
Vydáva a bezplatne rozširuje pre svojich členov a priaznivcov AP v SR

Zostavila. Ing. Alica Suchá, grafická úprava: Sofi-Senková
Vytlačil: Kartprint

Milí priatelia,

rozmyšľam, na akú tému by som sa vám prihovorila. A keďže tieto riadky píšem v období Dušičiek, kedy spomíname na našich blízkych aj vzdialených, ktorí už nie sú medzi nami, aj moje myšlienky sú akési skľučujúce a pochmúrne. Ale nemám v úmysle vás obťažovať týmito myšlienkami.

V mysli sa vraciam o dobrých pár rokov dozadu, keď vznikla naša Asociácia polio. Spomínam na prvé víkendovky – vtedy boli ešte dvakrát do roka – a na rekondičné pobyty v Chemesse na Širave, keď nám celých 10 dní pršalo, ale nám to nevadilo. Boli sme nesmierne nadšení – a o toľko mladší a pohyblivejší – naše diskotéky trvali do skorého rána. Spomínam na nadšenie Mariky Mruzkovej s akým robila každú akciu a vedela nadchnúť každého.



Pýtate sa, načo tá nostalgia? Nuž tieto spomienky sa mi vynorili pri našom poslednom rekondičnom pobyte v Dudinciach, kde som v duchu porovnávala vtedy a dnes. Nechcem povedať, že by sme stratili optimizmus, veď ten nás drží nad vodou. A rovnako naše stretnutia, hoci nie sú už také búrlivé, sú tmeliacou látkou. Stretneme sa, navzájom vyžalujeme a nakoniec si povieme, že život je predsa len krásny a hodno ho dôstojne prežiť.

Milí moji, napriek tomu, že mnohým z nás pribudli životné ťažkosti – neklesajme na duchu a snažme sa pozerieť na ten svet optimisticky a vybrať si z neho to pozitívne čo nás udržiava v dobrej nálade.

Želám vám – nám všetkým príjemné prežitie vianočných sviatkov a do ďalšieho roku 2011 veľa zdravia a pekných chvíľ v kruhu svojich najbližších a ešte mnoho pekných zážitkov v našej „polio rodine“.

Alica Suchá

Víkendový pobyt v Satellite – Piešťany

Po roku (7. – 9. mája 2010) sme sa znova stretli na víkendovom stretnutí v piešťanskom Satellite – viac-menej stabilná zostava, stabilný program, ba i stabilné počasie. Ale ako zakaždým pri našich stretnutiach, po nejakej rutine či nebudaj nude nebolo ani stopy, od piatkového skorého popoludnia až do nedeľného obeda sme mali čo robiť, program sme si čiastočne urobili spoločný, dosť času však ostalo aj na klábosenie v pároch, malých i väčších skupinkách, pri kávičke, zmrzline, pri pive alebo len tak nasucho, na pochôdzky po pešej zóne a prehliadku kúpeľného ostrova, miestnych obchodíkov, tržnice či nového nákupného strediska v strede mesta.

Začali sme tradične, členskou schôdzou v piatok večer a odpočtom toho, čo sa nám v predchádzajúcom roku podarilo urobiť a čo nie, čo by sme chceli robiť a urobiť v tomto roku, reč bola o našom hospodárení, o platení členských príspevkov, ale i o problémoch, s ktorými sa v rôznych oblastiach stretávame. Naše stretnutie bolo obohatené účasťou troch zástupcov Asociácie polio Českej republiky – členov výboru Emila Chadimu z Poděbrad a MUDr. Marty Langmaierovej z Prahy, ako aj Marie Dobrovolnej z Ostravy. P. Chadima nás pozdravil v mene výboru českej AP a jeho predsedu, Ing. Jindřicha Beneša, ktorý na naše stretnutie prísť nakoniec nemohol. Pani doktorka potom neostala nič dlžná svojej povesti a spôsobom sebe vlastným, šarmantne a pútavo, sa s nami podelila o aktuálny v oblasti medicínskej starostlivosti o poliomyelitikov nielen v ČR, o rizikách a ohrozeniach súvisiacich s našou primárnou diagnózou i s jej mladším bratom, postpoliomyelitickým syndrómom.

Ako zvyčajne, zlatým klincom víkendového pobytu bol sobotňajší spoločenský večer s diskotékou, tancom a príjemnou zábavou. Na úvod sme zablahoželali nášmu dlhoročnému členovi a stále až neskutočne vitálnemu Ferkovi Kánovi k jeho sedemdesiatke, potom sme pokračovali trochu inovatívne, vedomostným kvízom s cieľom nie trápiť súťažiacich, ale trochu sa pobaviť, rozohriať. „Súťažili“ dvojice reprezentujúce východ, stred a západ Slovenska: preverovali sa vedomosti zo štvrtáckej vlastivedy (napr. Viete, ktoré slovenské mesto je počtom obyvateľov najmenšie?), kreslených rozprávok (koho pásli Maťko a Kubko?) i slovenských „naj“ (Aká je najväčšia hĺbka jazera na Slovensku?). Víťazmi boli nakoniec západniari, preukázali nielen najlepšie vedomosti, ale aj rýchle reakcie na zadávané otázky. Po tomto ťažkom intelektuálnom vypätí nasledovala voľná zábava s hudbou, tancom a tradičnou tombolou, bohatou na pozoruhodnosti všakovakého pôvodu, určenia, či hodnoty, dôležité však bolo opäť to, že sme sa mohli zabaviť, porozprávať a trochu lepšie sa i spoznať.

Atmosféra nedeľného dopoludnia bola už poznačená blížiacim sa lúčením,

myšlienkami na povinnosti nasledujúcich všedných dní, tých pár hodín však ubehlo rovnako rýchlo ako celý víkendový pobyt a po výdatnom obede sme sa rozutekali domov na všetky svetové strany. Bolo nám však spolu dobre, všetkých nás na konci pritom tešilo vedomie, že najneskôr o rok sa stretneme znova.

Štešfan Grajčár

Rekondičný pobyt v Dudinciach

Dudince sa už stali našim druhým domovom. Za posledných 5-6 rokov sme tu uskutočnili sociálno-rekondičný pobyt. Spokojnosť účastníkov nás nabáda-la k opätovnému usporiadaniu tohto pobytu v hoteli Hviezda. Tak sme sa tu stretli aj v nedeľu 22. augusta. Zvítanie účastníkov, ako obvyčajne bolo veľmi srdečné. Vždy mi to pripadá ako veľké rodinné stretnutie. Sme radi, že sme zasa aspoň na pár dní spolu, že si povieme čo je nového v našich rodinách, o našich vnúčatách a pod.

Hneď po príchode nasledovala lekárska prehliadka a popoludní už mal každý rozpis procedúr. Bolo ich 10, okrem bazénu, ktorý bol k dispozícii každý deň. Niektorí naši plavci si dostatočne užili vodu. Personál na procedúrach bol veľmi ústretový a svedomitý. Deň sme mali vyplnený procedúrami, bazénom a prechádzkami po parku a krásnom okolí.

Večery sme si spestrili diskotékami, posedením pri gitare a voľnou zábavou. Pri gitare sme si zaspievali pesničky od východu, stred aj západu Slovenska. Nálada bola výborná a rozlúčili sme sa so želaním „Dovidenia za rok“.

A. Suchá



Vonku je poriadne horúco, ale nám je fajn



Trochu viac pohybu, ved' sme na diskotéke!

Jano to poriadne roztočil na stoličke



Dobrá nálada nechýbala nikomu

Rada Asociácie polio oznamuje svojim členom, že v roku 2010 sme získali z 2 % z dane z príjmov 5 021 EUR. Tieto finančné prostriedky budú použité na akcie Asociácie polio. Vyslovujeme veľké poďakovanie všetkým, ktorí sa pričínili o túto sumu a súčasne všetkým tým, ktorí darovali. Ešte raz ĎAKUJEME!

Európska sociálna charta a my

Úvod:

Národná rada Slovenskej republiky uznesením č. 1321 zo 17. februára 2009 vyslovila súhlas s Európskou sociálnou chartou (revidovanou), ktorú Slovenská republika podpísala 18. novembra 1999, a rozhodla, že ide o medzinárodnú zmluvu podľa čl. 7 ods. 5 Ústavy Slovenskej republiky, ktorá má prednosť pred zákonmi.

Prezident Slovenskej republiky chartu ratifikoval 20. marca 2009. Ratifikačná listina bola uložená 23. apríla 2009 u generálneho tajomníka Rady Európy, depozitára charty.

Európska sociálna charta (revidovaná) nadobudla platnosť 1. júla 1999 v súlade s článkom K ods. 2. Pre Slovenskú republiku nadobudla platnosť 1. júna 2009.

Ako sa nás to týka, čo my máme s týmto dokumentom? Dovoľte niekoľko stručných informácií a vysvetlení na túto tému. Kvôli lepšej zrozumiteľnosti, vynechávam z textu odkazy na uznesenia, právne normy alebo ďalšie osobitné ustanovenia podobného charakteru (dokument ako Oznámenie Ministerstva zahraničných vecí Slovenskej republiky bol 10. júla 2009 publikovaný v Zbierke zákonov č. 273/2009, <http://www.zbierka.sk>), pokúsim sa tu však osvetliť podstatu tohto dokumentu a vysvetliť, ako sa nás to môže týkať a nakoniec aj týka.

Európska sociálna charta (revidovaná) Rady Európy z roku 1996 (v ďalšom texte len „ESCH“) je multilaterálna medzinárodná zmluva prezidentskej povahy. Slovenská republika bola viazaná Európskou sociálnou chartou Rady Európy z roku 1961, ako aj Dodatkovým protokolom k Európskej sociálnej charte Rady Európy z roku 1988.

Programové vyhlásenie vlády SR z júla 2006 (uznesenie vlády SR č. 660 z 31. júla 2006) v 3. časti Sociálna oblasť uvádza – „Vláda v súvislosti s revidovanou Lisabonskou stratégiou Európskej únie bude presadzovať dodržiavanie sociálnych práv tak, ako vyplývajú z Európskej sociálnej charty; v tejto súvislosti preskúma možnosti ratifikovania revidovanej Európskej sociálnej charty a Európskeho zákonníka sociálneho zabezpečenia“.

Vláda Slovenskej republiky prerokovala návrh na vyslovenie súhlasu s ratifikáciou ESCH na svojom zasadnutí koncom novembra 2008 a v súlade s legislatívnymi pravidlami posunula návrh do Národnej rady SR.

ESCH z roku 1996 (ďalej aj „charta“) podpísal v Štrasburgu v mene vlády SR bývalý minister práce, sociálnych vecí a rodiny SR Peter Magvaši 18. novembra 1999 s výhradou ratifikácie. Charta je otvorená na podpis členským štátom Rady Európy od 3. mája 1996. Charta nadobudla platnosť 1. júla 1999 v súlade s článkom K odsekom 2 charty.

Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR v spolupráci s ďalšími

ústrednými orgánmi štátnej správy vypracovalo právnu analýzu ratifikovateľnosti charty Slovenskou republikou, podľa ktorej sú takmer všetky ustanovenia charty (články 1 až 31 charty) ratifikovateľnými Slovenskou republikou.

Samotná charta má 61 strán a obsahuje identický text v slovenskom a anglickom jazyku. Charta sa člení na preambulu a šesť častí, ktoré sa ďalej členia na články. Pre naše potreby bude stačiť, keď uvedieme, čo obsahuje prvá časť a z druhej časti si vyberieme len to, čo má priamu a bezprostrednú súvislosť s nami (samozrejme, platí, že ako občanov Slovenskej republiky sa nás týkajú všetky články charty, s ktorými SR vyslovila súhlas).

Prvá časť charty obsahuje nasledovný text 31 článkov, ktoré tvoria základ celého dokumentu:

„Zmluvné strany prijímajú za cieľ svojej vnútroštátnej a medzinárodnej politiky uskutočňovanej všetkými primeranými prostriedkami dosiahnuť podmienok na zabezpečenie účinného výkonu týchto práv a zásad:

1. *Každý má mať možnosť zarábať si na živobytie prácou, pre ktorú sa slobodne rozhodne.*
2. *Všetci pracovníci majú právo na riadne podmienky práce.*
3. *Všetci pracovníci majú právo na bezpečné a zdravé pracovné podmienky.*
4. *Všetci pracovníci majú právo na primeranú odmenu, ktorá im, ako aj ich rodinám postačí na zabezpečenie dôstojnej životnej úrovne.*
5. *Všetci pracovníci a zamestnávateľia majú právo slobodne sa združovať vo vnútroštátnych a medzinárodných organizáciách na ochranu svojich hospodárskych a sociálnych záujmov.*
6. *Všetci pracovníci a zamestnávateľia majú právo kolektívne vyjednávať.*
7. *Deti a mladiství majú právo na osobitnú ochranu pred fyzickými a morálnymi nebezpečenstvami, ktorým sú vystavení.*
8. *Zamestnané ženy majú v prípade materstva právo na osobitnú ochranu.*
9. *Každý má právo na vhodné poradenstvo pri voľbe povolania s cieľom pomôcť mu pri výbere povolania v súlade s jeho osobnými schopnosťami a záujmami.*
10. *Každý má právo na vhodné podmienky na odborné vzdelávanie a prípravu.*
11. *Každý má právo na prospech z využívania všetkých opatrení na dosiahnutie čo najlepšieho zdravotného stavu.*
12. *Všetci pracovníci a od nich závislé osoby majú právo na sociálne zabezpečenie.*
13. *Každá osoba bez primeraných zdrojov má právo na sociálnu a lekársku pomoc.*
14. *Každý má právo na prospech zo sociálnych služieb.*

15. **Zdravotne postihnuté osoby majú právo na nezávislosť, na sociálnu integráciu a na účasť na živote spoločnosti.**
16. Rodina ako základná jednotka spoločnosti má právo na primeranú sociálnu, právnu a hospodársku ochranu zabezpečujúcu jej plný rozvoj.
17. Deti a mladiství majú právo na primeranú sociálnu, právnu a hospodársku ochranu.
18. Štátni príslušníci jednej zo zmluvných strán majú právo vykonávať akúkoľvek zárobkovú činnosť na území inej zmluvnej strany na základe rovnosti so štátnymi príslušníkmi tejto inej zmluvnej strany okrem obmedzení závažného hospodárskeho alebo sociálneho charakteru.
19. Migrujúci pracovníci, ktorí sú štátnymi príslušníkmi jednej zo zmluvných strán, a ich rodiny majú právo na ochranu a pomoc na území ktorejkoľvek zmluvnej strany.
20. Všetci pracovníci majú bez diskriminácie podľa pohlavia právo na rovnaké príležitosti a na rovnaké zaobchádzanie v záležitostiach zamestnania a povolania.
21. Pracovníci majú právo na informácie a na konzultácie v podniku.
22. Pracovníci majú právo zúčastniť sa na určovaní a zlepšovaní pracovných podmienok a pracovného prostredia v podniku.
23. Každá staršia osoba má právo na sociálnu ochranu.
24. Všetci pracovníci majú právo na ochranu v prípade skončenia zamestnania.
25. Všetci pracovníci majú právo na ochranu ich nárokov v prípade platobnej neschopnosti svojho zamestnávateľa.
26. Všetci pracovníci majú právo na dôstojnosť pri práci.
27. Všetky osoby s rodinnými zodpovednosťami a ktoré sú zamestnané alebo ktoré chcú vykonávať zamestnanie, majú právo vykonávať zamestnanie bez toho, aby boli vystavené diskriminácii, a ak je to možné, bez konfliktu medzi ich zamestnaním a rodinnými zodpovednosťami.
28. Zástupcovia pracovníkov v podniku majú právo na ochranu pred skutkami, ktoré by ich mohli poškodiť, a mali by sa im poskytnúť také podmienky, ktoré uľahčujú vykonávanie ich činností tak, aby mohli plniť svoje funkcie.
29. Všetci pracovníci majú právo na informácie a na konzultácie v prípade hromadného prepúšťania.
30. Každý má právo na ochranu pred chudobou a sociálnym vylúčením.
31. Každý má právo na bývanie.“

Druhá časť obsahuje podrobnejšie vymedzenie toho, o čom sa hovorí v jednotlivých článkoch prvej časti. Nebudeme sa tu venovať všetkým článkom, zameriame sa len na jeden z nich, článok 15. Jeho podrobnejšie vymedzenie je nasledovné:

„Článok 15

Právo osôb so zdravotným postihnutím na nezávislosť, na sociálnu integráciu a na účasť na živote spoločnosti

S cieľom zabezpečiť osobám so zdravotným postihnutím, bez ohľadu na vek, na povahu a pôvod ich zdravotného postihnutia, účinný výkon práva na nezávislosť, sociálnu integráciu a na účasť na živote spoločnosti sa zmluvné strany zaväzujú predovšetkým:

- 1. prijať potrebné opatrenia na poskytovanie poradenstva, výchovy a odborného vzdelávania a prípravy osobám so zdravotným postihnutím v rámci všeobecného systému všade, kde je to možné alebo, ak to nie je možné, prostredníctvom špecializovaných verejných alebo súkromných orgánov,*
- 2. podporiť ich prístup k zamestnaniu každým opatrením, ktoré smeruje k nabádaniu zamestnávateľov najať a udržať v zamestnaní osoby so zdravotným postihnutím v obvyklom pracovnom prostredí, a prispôbiť pracovné podmienky potrebám osôb so zdravotným postihnutím alebo, ak to nie je možné z dôvodu ich zdravotného postihnutia, usilovať sa o to úpravou alebo vytvorením chránených zamestnaní podľa stupňa zdravotného postihnutia. V určitých prípadoch také opatrenia môžu vyžadovať, požiadať o pomoc špecializované umiestňovacie a podporné služby,*
- 3. podporovať ich plnú sociálnu integráciu a účasť na živote spoločnosti, najmä prostredníctvom opatrení zahŕňajúcich technickú pomoc, zameranú na prekonanie komunikačných prekážok a prekážok mobility a ktoré im umožnia prístup k doprave, bývaniu, kultúrnym činnostiam a vo chvíľach vyplnenia voľného času.“*

Každý odsek všetkých 31 článkov (odsekov je spolu takmer sto, niektoré sa pritom ešte členia) bol podrobený detailnej právnej analýze, ktorej cieľom bolo overiť, či podľa súčasnej právnej úpravy je príslušný odsek ratifikovateľný Slovenskou republikou alebo nie.

Záveru právnej analýzy v prípade prvých dvoch odsekov článku 15 boli nasledovné: „Článok 15 odsek 1 charty je ratifikovateľným Slovenskou republikou.“, resp. „Článok 15 odsek 2 charty je ratifikovateľným Slovenskou republikou.“

Inak to však dopadlo v prípade odseku 3, v ktorom právna analýza dospela k nasledovnému záveru: **„Článok 15 odsek 3 charty nie je zatiaľ ratifikovateľným Slovenskou republikou**, pretože požiadavky, ktoré vyžaduje tento odsek, sa nedajú v plnom rozsahu zabezpečiť, splniť a dodržať v podmienkach Slovenskej republiky, nakoľko aplikácia tohto odseku si vyžaduje zabezpečiť značné finančné prostriedky, či už zo štátneho rozpočtu alebo z iných zdrojov pre zdravotne postihnuté osoby na prekonanie komunikačných prekážok a prekážok mobility, ktoré im umožnia prístup k doprave, bývaniu, kultúrnym činnostiam a vo chvíľach vyplnenia voľného

času.“ (Na tomto mieste treba spomenúť, že článkov, resp. odsekov, ktoré boli na základe právnej analýzy označené ako neratifikovateľné Slovenskou republikou, bolo viac, celkom 12, neratifikuje sa napr. celý článok 31 – právo na bývanie.)

V rámci medzirezortného pripomienkového konania, ktoré prebiehalo ešte predtým, než návrh na vyslovenie súhlasu Slovenskej republiky s Európskou sociálnou chartou (revidovanou) bol prerokovaný vo vláde SR, som v októbri 2008 k predkladacej správe a záveru právnej analýzy uviedol nasledovné:

„Pripomienka k návrhu neratifikovať čl. 15 ods. 3 charty – predkladacia správa, str. 2; text charty, str. 11; právna analýza, str. 137 - 138:

- Navrhujeme sa neratifikovať čl. 15 ods. 3 charty s nasledovným odôvodnením (právna analýza, str. 138): „Článok 15 odsek 3 charty nie je zatiaľ ratifikovateľný Slovenskou republikou, pretože požiadavky, ktoré vyžaduje tento odsek sa nedajú v plnom rozsahu zabezpečiť, splniť a dodržať v podmienkach Slovenskej republiky, nakoľko aplikácia tohto odseku si vyžaduje zabezpečiť značné finančné prostriedky, či už zo štátneho rozpočtu alebo z iných zdrojov pre zdravotne postihnuté osoby na prekonanie komunikačných prekážok a prekážok mobility, ktoré im umožnia prístup k doprave, bývaniu, kultúrnym činnostiam a vo chvíľach vyplnenia voľného času.“
- Domnievame sa, že v predkladacej alebo v dôvodovej správe by napriek návrhu neratifikovať toto ustanovenie charty mohlo byť uvedené, že Slovenská republika bude hľadať zdroje na postupné odstraňovanie bariér a ďalších prekážok uvedených v tomto ustanovení a že bude prijímať aj čiastkové riešenia, ktoré by mohli aspoň dočasne a čiastočne *„prispieť k zvýšeniu ich účasti a podpore ich plnej sociálnej integrácie a účasti na živote spoločnosti, najmä prostredníctvom opatrení, zahŕňajúcich technickú pomoc zameranú na prekonanie komunikačných prekážok a prekážok mobility, a ktoré im umožnia prístup k doprave, bývaniu, kultúrnym činnostiam a vo chvíľach vyplnenia voľného času“*.
- Napr. k prekonávaniu prekážok mobility v železničnej doprave možno prispieť aj tým, že sa postupne na železničných staniciach vybudujú podmienky na poskytovanie asistencie pri nastupovaní a vystupovaní, podobne ako je to v prípade leteckej dopravy, a to už aj na Slovensku – zakúpením invalidných vozíkov, zdvižných mobilných plošín alebo iného nevyhnutného technického vybavenia, spolu so zabezpečením potrebného personálu (1 – 2 pracovníci, na veľkých staniciach a železničných uzloch aj viac), ktorým môžu byť vo forme verejnoprospešných alebo aktivačných prác aj uchádzači o zamestnanie v evidencii úradov práce. Riešiť problém debarierizácie v železničnej doprave možno nielen tým, že sa prebudujú železničné nástupištia na celom Slovensku, čo je isteže nesmierne nákladné a časovo ťažko ohraničiteľné...

- Podobne možno navrhnúť čiastkové riešenia v hromadnej cestnej doprave mestskej alebo medzimestskej (medzištátnej) zaraďovaním nízkopodlažných autobusov do vozového parku jednotlivých dopravcov, prípadne inými prostriedkami a spôsobmi (napr. asistenciou).
- V *Národnom programe rozvoja životných podmienok občanov so zdravotným postihnutím vo všetkých oblastiach života* by možno bol priestor na skoncipovanie a naplánovanie krokov (vrátane ich finančného krytia či už zo štátneho rozpočtu alebo z iných zdrojov), ktoré by v horizonte najbližších rokov či desaťročia viedli z postupnému odstraňovaniu všetkých možných bariér zabraňujúcim plnohodnotnú participáciu občanov so zdravotným postihnutím na živote spoločnosti vo všetkých oblastiach. V kontexte pripomienkovanej Európskej sociálnej charty by takýto program mohol prispieť k tomu, že po niekoľkých rokoch Slovenská republika bude môcť predmetný čl. 15 ods. 3 ratifikovať.“

Uvedená pripomienka, samozrejme, nezmenila ani záver právnej analýzy, ani postoj vlády SR, za úspech, hoc len čiastkový, však možno považovať skutočnosť, že v uznesení vlády Slovenskej republiky č. 847 zo dňa 26. novembra 2008 k návrhu na ratifikáciu Európskej sociálnej charty (revidovanej) Rady Európy z roku 1996 Slovenskou republikou je v časti E zakotvená nasledovná úloha:

„Vláda

... E. ukladá ...

ministromi dopravy, pôšt a telekomunikácií

- E.3. v spolupráci s ministerkou práce, sociálnych vecí a rodiny predložiť stratégiu zabezpečenia legislatívnych a finančných podmienok na prijatie opatrení technickej pomoci, zameranej na prekonanie komunikačných prekážok a prekážok mobility zdravotne postihnutých osôb
do 31. decembra 2009.

Na tomto mieste by sme to mohli ukončiť, zavieť oči a oddať sa radostnému rozjímaniu o tom, ako úžasne sa nám tu na Slovensku podarilo vyriešiť jeden obrovský problém, ktorý roky, desaťročia, ba čo, celé stáročia trápil celé generácie. Nuž ale, zazvonil zvonec – a rozprávky je koniec: v septembri 2010 som si povedal, že by bolo dobre vedieť, ako sa to uznesenie vlády podarilo splniť, rozhodol som sa preto požiadať Ministerstvo dopravy, pôšt a telekomunikácií SR o sprístupnenie informácií v zmysle zákona č. 211/2000 Z. z. o slobodnom prístupe k informáciám, konkrétne „akým spôsobom a kedy bolo predmetné uznesenie vlády SR splnené a kde je možné podrobnejšie sa oboznámiť so spracovanou stratégiou“.

Je potešujúce, že odpoveď nedala na seba dlho čakať – v priebehu niekoľkých dní som na svoju e-mailovú adresu dostal obširné vyjadrenie z MDPaT SR, ktoré kvôli objektívnosti uvádzam v plnom znení:

Ministerstvo dopravy, pošta a telekomunikácií Slovenskej republiky
Námestie slobody 6, 810 05 Bratislava 15, P. O. BOX 100
odbor pre vzťahy s verejnosťou

PhDr. Štefan Grajčár
Žehrianska 7
851 07 Bratislava

Váš list číslo/zo dňa Naše číslo Vybavuje/linka Bratislava
22. 9. 2010

Vec: *Sprístupnenie informácií v zmysle zákona č. 211/2000 Z.z. o slobodnom prístupe*

Dňa 13. septembra 2010 ste elektronicky zaslali na odbor pre vzťahy s verejnosťou žiadosť vo veci uznesenia vlády SR č.847/2008. Na základe stanoviska *sektora cestnej dopravy a pozemných komunikácií MDPT SR* Vám zasielame nasledujúce informácie:

V legislatíve MDPT SR, ktorá upravuje podnikanie v cestnej doprave sa vybraným skupinám obyvateľstva venuje osobitná pozornosť. V zákone č. 168/1996 Z. z. o cestnej doprave v znení neskorších predpisov sa ustanovuje povinnosť zabezpečiť prepravu zdravotne postihnutých osôb. Zároveň samosprávny kraj alebo obec v mestskej hromadnej doprave v záujme zabezpečenia dopravnej obslužnosti, zostavuje plán dopravnej obslužnosti, v ktorom sú zahrnuté aj požiadavky na bezbariérový prístup pre osoby so zníženou pohyblivosťou. Podniky autobusovej dopravy zabezpečujú pre osoby zdravotne postihnuté, aby stanice, nástupištia, autobusy a iné zariadenia boli dostupné osobám so zníženou pohyblivosťou.

Z právnej analýzy ratifikovateľnosti Európskej sociálnej charty (revidovanej) Rady Európy z roku 1996 Slovenskou republikou uvedenej v prílohe č.1 návrhu na ratifikáciu bolo uvedené, že článok 15 odsek 3 charty nie je zatiaľ ratifikovateľným Slovenskou republikou, pretože požiadavky, ktoré vyžaduje tento odsek sa nedajú v plnom rozsahu zabezpečiť, splniť a dodržať v podmienkach Slovenskej republiky, nakoľko aplikácia tohto odseku si vyžaduje zabezpečiť značné finančné prostriedky, či už zo štátneho rozpočtu alebo z iných zdrojov pre zdravotne postihnuté osoby na prekonanie komunikačných prekážok a prekážok mobility, ktoré im umožnia prístup k doprave, bývaniu, kultúrnym činnostiam a vo chvíľach vyplnenia voľného času.

Požiadavka tohto odseku charty umožniť zdravotne postihnutým osobám prístup k doprave - miestnej doprave by si vyžiadala značné finančné prostriedky, či už zo strany samosprávy a dopravných spoločností na vybavenie prostriedkov

miestnej hromadnej dopravy zdvíhacími zariadeniami pre napr. zdravotne postihnuté osoby (imobilné osoby na vozíkoch) alebo zaraďovaním nízkopodlažných autobusov do vozového parku jednotlivých dopravcov, prípadne inými prostriedkami a spôsobmi (napr. asistenciou).

Táto úloha súvisí už so spomínaným článkom 15 odsek 3 charty, ktorý stanovuje zabezpečiť osobám so zdravotným postihnutím, bez ohľadu na vek, na povahu a pôvod ich zdravotného postihnutia, účinný výkon práva na nezávislosť, sociálnu integráciu a na účasť na živote spoločnosti. Zmluvné strany sa predovšetkým zaväzujú: podporovať ich plnú sociálnu integráciu a účasť na živote spoločnosti, najmä prostredníctvom opatrení zahŕňajúcich technickú pomoc, zameranú na prekonanie komunikačných prekážok a prekážok mobility a ktoré im umožnia prístup k doprave, bývaniu, kultúrnym činnostiam a vo chvíľach vyplnenia voľného času.

Problematika prístupu osobám so zdravotným postihnutím k doprave sa rieši jednotne v rámci EÚ a nie sú potrebné ďalšie nové národné legislatívne úpravy. Opatrenia na zatraktívnenie verejnej dopravy, vrátane prepravy osôb so zdravotným postihnutím sú riešené v rámci stratégií schválených vládou Slovenskej republiky. V súčasnosti platia alebo sa pripravujú nasledovné nariadenia:

- **Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 1107/2006 z 5. júla 2006 o právach zdravotne postihnutých osôb a osôb so zníženou pohyblivosťou v leteckej doprave**

- **Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 1371/2007 z 23. októbra 2007 o právach a povinnostiach cestujúcich v železničnej preprave**

- **Návrh nariadenia Európskeho parlamentu a Rady o právach cestujúcich v námornej a vnútrozemskej vodnej doprave, ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie (ES) č. 2006/2004 o spolupráci medzi národnými orgánmi zodpovednými za vynucovanie právnych predpisov na ochranu spotrebiteľa (KOM(2008) 816 konečné); návrh je v 2. čítaní Európskeho parlamentu.**

- **Návrh nariadenia Európskeho parlamentu a Rady o právach cestujúcich v pravidelnej autobusovej doprave a o zmene nariadenia (ES) č. 2006/2004 o spolupráci medzi národnými úradmi zodpovednými za vynucovanie zákonov o ochrane spotrebiteľa (KOM(2008) 817 konečné); návrh je v 2. čítaní Európskeho parlamentu**

Opatrenia na zatraktívnenie verejnej dopravy, vrátane prepravy osôb so zdravotným postihnutím, ktoré sú zamerané na skvalitňovanie infraštruktúry, zavádzanie integrovaných a inteligentných dopravných systémov, obnovy mobilného parku a zavádzanie verejného obstarávania pri objednávaní výkonov vo verejnom záujme s cieľom znížiť celospoločenské výdavky na zabezpečenie verejnej osobnej dopravy, boli schválené uznesením vlády SR č.675/2008 k rozvoju verejnej osob-

nej dopravy (VOD) pred dopravou individuálnou (IAD). Dňa 4. marca 2009 uznesením vlády SR č. 184 bol schválený harmonogram úloh akčného plánu rozvoja verejnej osobnej dopravy pred dopravou individuálnou.

Akčný plán obsahuje 13 opatrení zameraných na zlepšenie parametrov VOD v týchto prioritných oblastiach: zvýšenie kvality, dostupnosti infraštruktúry a služieb VOD (rozvoj infraštruktúry, podpora funkčných prevádzkových dopravných reťazcov založených na integrácií, podpora obnovy vozidlového parku) a vytvorenie vonkajších podmienok na zvýšenie konkurencieschopnosti VOD voči IAD. V rámci úloh sa bude riešiť aj prístup osobám so zdravotným postihnutím k doprave. Úlohy sú dlhodobého charakteru až do roku 2020 s tým, že finančné krytie bude riešené v rámci možností v rozpočtovej kapitole MDPT SR, v rozpočtoch samosprávnych krajov a obcí na príslušné roky. Na realizácii úloh sa budú podieľať aj dopravcovia.

Okrem toho zabezpečenie úlohy E.3 z uznesenia vlády č. 847/2008 sa stalo na základe pokynu ministra súčasťou „Stratégie rozvoja dopravy Slovenskej republiky do roku 2020“, ktoré vláda SR prerokovala a schválila dňa 3. marca 2010 uznesením č. 158. Komplexný materiál je k nahliadnutiu na www.telecom.gov.sk v časti doprava, stratégia rozvoja dopravy do roku 2020.

Na základe stanoviska sekcie *železničnej dopravy a dráh MDPT SR* Vám zasielame nasledujúce informácie:

K prekonávaniu prekážok mobility v železničnej doprave možno prispieť aj tým, že sa postupne na železničných staniciach vybudujú podmienky na poskytovanie asistencie pri nastupovaní a vystupovaní, podobne ako je to v prípade leteckej dopravy, zakúpením invalidných vozíkov, zdvižných mobilných plošín alebo iného nevyhnutného technického vybavenia, spolu so zabezpečením potrebného personálu (1 – 2 pracovníci, na veľkých staniciach a železničných uzloch aj viac). Riešiť problém debarierizácie v železničnej doprave možno nielen tým, že sa prebudujú železničné nástupištia na celom Slovensku, čo je samozrejme nesmierne nákladné a časovo ťažko ohraničiteľné.

Právna analýza ratifikovateľnosti Európskej sociálnej charty (revidovanej) Rady Európy z roku 1996 Slovenskou republikou uvedená v prílohe č.1 návrhu na ratifikáciu konštatuje, že v právnom poriadku Slovenskej republiky chýba zákon alebo obdobná právna úprava o prekonávaní a odstraňovaní komunikačných prekážok a prekážok mobility, ktoré umožnia osobám so zdravotným postihnutím prístup k dopravným prostriedkom, bývaniu, kultúrnym činnostiam a činnostiam vo voľnom čase.

V pôsobnosti MDPT SR v oblasti železničnej dopravy je platné a účinné *nariadenie EP a Rady č. 1371/2007 z 23. októbra 2007 o právach a povinnostiach cestujúcich v železničnej preprave*, ktoré ukladá povinnosti dopravcom

a manažérom infraštruktúry zabezpečiť prístup osobám so zdravotným postihnutím k doprave, vrátane vybudovania akustických a vizuálnych informačných systémov pre zdravotne ťažko postihnutých.

Opatrenia na zatraktívnenie verejnej dopravy, vrátane prepravy osôb so zdravotným postihnutím, ktoré sú zamerané na skvalitňovanie infraštruktúry, zavádzanie integrovaných a inteligentných dopravných systémov, obnovy mobilného parku a zavádzanie verejného obstarávania pri objednávaní výkonov vo verejnom záujme s cieľom znížiť celospoločenské výdavky na zabezpečenie verejnej osobnej dopravy, boli schválené uznesením vlády SR č.675/2008 k rozvoju verejnej osobnej dopravy (VOD) pred dopravou individuálnou (IAD). Dňa 4. marca 2009 uznesením vlády SR č. 184 bol schválený harmonogram úloh akčného plánu rozvoja verejnej osobnej dopravy pred dopravou individuálnou. Úlohy sú dlhodobého charakteru až do roku 2020 s tým, že finančné krytie bude riešené v rámci možnosti v rozpočtovej kapitole MDPT SR, v rozpočtoch samosprávnych krajov a obcí na príslušné roky. Na realizácii úloh sa budú podieľať aj dopravcovia.

Problematika prístupu osôb so zdravotným postihnutím k doprave sa rieši jednotne v rámci EÚ a nie sú potrebné ďalšie nové národné legislatívne úpravy, úloha bola zvýraznená v návrhu „Stratégie rozvoja dopravy Slovenskej republiky do roku 2020.“

S pozdravom

Mgr. Ľubomír Tuchscher
riaditeľ odboru pre vzťahy s verejnosťou

Toľko teda k téme „Európska sociálna charta a my“ – neviem ako vy, ale ja z tej odpovede veľmi múdry nie som. Ono to totiž podľa nej nie je s tou prístupnosťou v doprave pre ľudí so zdravotným postihnutím až také zlé, myslí sa na nás, teda na „osoby zdravotne postihnuté“ či „osoby so zníženou pohyblivosťou“, myslí na to STRATÉGIA! Najneskôr do r. 2020 tu budeme mať taký malý raj na zemi, až z Japonska, Austrálie či USA budú k nám chodiť delegácie, aby sa dozvedeli, ako sa nám mohlo také niečo podariť a mohli podľa nášho vzoru aj doma také poriadky zaviesť....

Nuž ale, nebuďme nespravodliví, vyčakajme, o desať rokov budeme môcť celkom naisto povedať, čo sa z tej stratégie podarilo zrealizovať a čo ostalo iba na papieri či na nejakom elektronickom pamäťovom nosiči. Že tu už potom mnohí z nás nebudú? To by nás nemalo znepokojovať, po nás predsa prídu ďalší, ktorí si budú mocť užívať ten krásny svet bez bariér...

Myslím, že vypracovať Stratégiu nebol až taký zlý nápad, vzhľadom na okolnosti to bolo celkom prijateľné riešenie. Škoda však, že sa tvorila bez nejakej významnejšej účasti tých, ktorých sa týka najviac – osôb so zdravotným

postihnutím či zníženou pohyblivosťou, združených v spolkoch, zväzoch, asociáciách alebo nezastrešených nikým a ničím.

*Štefan Grajčár
Bratislava, október 2010*

Analýza a správa o zabezpečovaní zdravotnej starostlivosti osôb so zdravotným postihnutím a návrh opatrení na ich riešenie

Hodnotenie Odbornou pracovnou skupinou Rady vlády SR pre osoby so zdravotným postihnutím na riešenie zdravotnej problematiky osôb so zdravotným postihnutím

1. Zdravotné postihnutie

Podľa definície OSN (Dohovor OSN, 2006) medzi osoby so zdravotným postihnutím, sú zahrnutí jedinci, ktorí majú dlhodobé fyzické, duševné, mentálne (intelektové) a zmyslové postihnutie, ktoré v interakcii s rôznymi prekážkami môže brániť ich plnému, účinnému zapojeniu sa do spoločnosti na rovnoprávnom základe s ostatnými občanmi.

Podľa zákona č. 461/2003 Z.z. o sociálnom poistení invalidným občanom je ten, u ktorého rozhodnutím posudkovej komisie sociálnej poisťovne je percentuálna miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť z dôvodu telesnej poruchy, duševnej poruchy alebo zmyslovej poruchy vyššia ako 40% a ide o dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav.

Občanom so zdravotným postihnutím pre potreby zákona č. 5/2004 Z.z. o službách zamestnanosti je občan, ktorý je uznaný za invalidného podľa zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení.

Občanom s ťažkým zdravotným postihnutím podľa zákona č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia je občan s mierou funkčnej poruchy najmenej 50 %, t.j. s mierou funkčnej poruchy 50 % a viac.

V popredí záujmu ICF - „Medzinárodnej klasifikácie funkčnej schopnosti, disability a zdravia“ z r. 2002 je posúdenie zdravotného stavu jedinca z bio-psycho-socio-enviromentálneho aspektu. To znamená, že sa posudzuje nielen jeho zdravotný stav, resp. chorobné zmeny, ale aj osobnostný rozmer a možnosti spoločenských aktivít aj pri zmenách štruktúr a funkcií jednotlivých systémov (možnosti uplatnenia sa a účasti na spoločenskom živote) a environmentálne faktory, ktoré charakterizujú ekosystém takéhoto jedinca. Pri posudzovaní občana zdravotne postihnutého, resp. ťažko zdravotne postihnutého sa berie do úvahy jeho porucha (impairment) - akákoľvek strata alebo abnormálnosť v

psychologickej, fyziologickej alebo anatomickej štruktúre alebo funkcii, jeho dizabilita (postihnutie) alebo akékoľvek obmedzenie, alebo nedostatok schopnosti vykonávať nejakú činnosť spôsobom, alebo v rozsahu, aký je považovaný u človeka za normálny a jeho handicap – nepriaznivá spoločenská situácia, vyplývajúca z poruchy alebo postihnutia, ktorá obmedzuje alebo znemožňuje plnenie úloh, ktoré sú pre túto osobu normálne (vzhľadom na vek, pohlavie, sociálne a kultúrne podmienky).

Komplexná starostlivosť o občanov so zdravotným postihnutím je zdravotno-sociálna. V ostatnom čase vypadli zo siete zdravotníckej starostlivosti sociálni pracovníci, ktorí nie sú zahrnutí do systému zdravotných poisťovní.

2. Osoby so zdravotným postihnutím – register a štatistika

Evidenciu osôb s ťažkým zdravotným postihnutím vedú odbory sociálnych vecí na úradoch práce, sociálnych vecí a rodiny, ktoré vydávajú rozhodnutia o ťažkom zdravotnom postihnutí na základe posúdenia posudkových komisií.

Vychádzajúc zo skúseností v ambulantnej praxe, evidencii ľudí so zdravotným postihnutím v jednotlivých mimovládnych organizáciách, ale aj z registrov NCZI (Národné centrum zdravotníckych informácií), neexistujú presné evidencie občanov so zdravotným postihnutím podľa špecifikácie druhu postihnutia.

Národné centrum zdravotníckych informácií je štátna príspevková organizácia, ktorej zriaďovateľom je Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky. Vzniklo 1. februára 2006 zlúčením dvoch inštitúcií, a to Ústavu zdravotníckych informácií a štatistiky (ÚZIŠ) a Slovenskej lekárskej knižnice (SILK). Zo zisťovania udalostí charakterizujúcich zdravotný stav populácie sú uvedené len 2 nasledujúce hlásenia týkajúce sa zdravotného postihnutia (hlásenia o pacientoch v ústavnej psychiatrickej starostlivosti a hlásenie o vrodených chybách).

Ak vychádzame z medzinárodne deklarovaných štatistických vyhodnocovaní, tak približne 10 % občanov má zdravotné postihnutie a medzi nimi 2-3 % sú občania s mentálnym (intelektovým) postihnutím. Napríklad register genetických chorôb (genetický register) bol zrušený v roku 2007 z dôvodov etických problémov a doposiaľ sa ho nepodarilo oživiť. „Umrŕtvený“ centrálny genetický register nie je možné dať k dispozícii iným odborným ako genetickým odborníkom, ani použiť na štatistické účely.

Diagnostiku niektorých chorôb nestanovujú len lekári, ale aj psychológovia alebo liečební pedagógovia (napríklad diagnóza mentálne postihnutie), ktorí nie sú napojení na NCZI. Veľa pacientov s chronickými chorobami (diabetes mellitus, reumatické choroby a autoimunitné choroby, onkologické choroby) nie sú diagnostikovaní pre nedodržiavanie preventívnych prehliadok a absenciu celoplošných skríníngov.

3. Demografický vývoj, zdravotný stav a problémy starnutia občanov so ZP

Priemerný vek obyvateľov so zdravotným postihnutím sa vďaka zlepšenej zdravotnej starostlivosti zvyšuje. Zvyšuje sa stredná dĺžka života občanov so ZP, pribúda počet občanov so ZP vo veku nad 65 rokov. Zvýšením priemerného veku obyvateľov nad 42 rokov (r. 2025) stúpne aj počet občanov s chronickými chorobami a zdravotným postihnutím.

Dospelí ľudia a seniori so zdravotným postihnutím majú okrem diagnózy, pre ktorú boli uznaní občanmi so zdravotným postihnutím ďalšie chorobné stavy, ktoré nepriaznivo ovplyvňujú kvalitu ich života. Najčastejšie ide o choroby srdca a ciev, psychické poruchy, chronické zápalové procesy, stomatologické problémy, poruchy sluchu, zraku a iné. Na Slovensku nemáme vybudované špecializované zariadenia a odborné ambulancie, kde by sa venovali špeciálne ľuďom s rôznym zdravotným postihnutím, ktorí si vyžadujú špecifické ošetrovanie, mimoriadny prístup zdravotníckeho personálu a väčší časový priestor pri ošetrovaní a komunikácii.

Tak ako každý iný občan, aj ľudia so ZP navštevujú svojich spádových ošetrovúcich lekárov v štátnych alebo neštátnych zdravotníckych zariadeniach. Špecializované zdravotné služby sú poskytované v odborných ambulanciách.

Obdobne ako u problematiky seniorov nie je dostatočne zabezpečené očkovanie proti chrípke a nie je špecifikovaný dostatočný počet preventívnych prehliadok.

Prognózy, týkajúce sa zdravotného stavu občanov so ZP/ŤZP sú ťažko stanoviteľné, keďže chýbajú relevantné štatistické údaje o počte občanov s daným zdravotným postihnutím, pre hore uvedené príčiny ako je zablokovanie niektorých registrov, etické problémy, nejednotné a neúplné ročné štatistické vyhodnocovanie a neumožnenie hlásenia niektorých prípadov diagnóz (napr. mentálne postihnutie) pre NCZI, ktoré nie je povinnosťou obvodných lekárov a pediatrov podľa vydaných licencií.

4. Zdravotná starostlivosť v zdravotníckych zariadeniach pre osoby so zdravotným postihnutím

Zdravotná starostlivosť sa poskytuje v zdravotníckych zariadeniach podľa veku osôb so ZP – deti, dospelí, seniori, alebo podľa danej diagnózy v sústave zdravotníckych zariadení.

Zdravotná starostlivosť o ľudí so ZP sa poskytuje nerovnomerne, nie sú vytvorené podmienky pre hospitalizáciu ľudí s telesným a viacnásobným postihnutím vo všetkých zdravotníckych zariadeniach a to pre:

- ne-bariérovosť niektorých zdravotníckych zariadení a nevhodné architektonické riešenie mnohých oddelení pre ťažko mobilných pacientov,

- nedostatok lôžok, ev. nedostatok priestorov pre imobilných pacientov, nevhodne riešené kúpeľne a toalety,
- neumožnenie hospitalizácie občanov so ŽZP spolu so sprievodom nad 18 rokov (rodinných príslušníkov, asistentov),
- absenciu centier – oddelení včasnej starostlivosti a oddelení pre nerovnomerný vývin dieťaťa,
- absenciu zariadení pre dlhodobú starostlivosť,
- nedostupnosť alebo ťažkú dostupnosť špecializovaných zariadení,
- nedostatočné personálne obsadenie zdravotníckych zariadení zdravotníckym ale aj nezdravotníckym personálom (psychológovia, sociálni pracovníci),
- preťaženosť ošetrojúceho personálu,
- nedostatočnú ošetrovateľskú starostlivosť o ľudí mentálnym a viacnásobným postihnutím,
- nevytvorenú sieť špecializovaných ambulancií – oddelení, napríklad chýbajú stomatologické ambulancie a oddelenia pre stomatologické a iné ošetrovanie ťažko zvládnuteľných, nekomunikatívnych občanov so ZP, napríklad deti a dospelí ľudia s autizmom, niektorými psychiatrickými diagnózami, s Downovým syndrómom a inými diagnózami pacientov s mentálnym postihnutím, alebo občanov so sluchovým postihnutím.

5. Navrhované všeobecné opatrenia pre zlepšenie zdravotnej starostlivosti o ľudí so zdravotným postihnutím:

5.1. Vytvoriť register občanov so zdravotným postihnutím. Poveriť príslušné zdravotnícke inštitúcie, úrady práce, sociálnych vecí a rodiny, špeciálnopedagogické poradne hláseniami o zdravotnom postihnutí a NCZI ich spracovaním.

5.2. Vyriešiť následnú zdravotnú a ošetrovateľskú starostlivosť o občanov s mimoriadne ťažkým zdravotným postihnutím po prepustení z nemocničných zariadení.

5.3. Zlepšiť prístupnosť pre občanov so ZP v zdravotníckych zariadeniach bezbariérovými vstupmi (rampy, zdvíhacie plošiny) do ambulancií, polikliník, nemocníc a iných zdravotníckych zariadení, zabezpečiť prístup do ambulancií a zlepšiť dispozičné riešenia podľa noriem (výťahy, dostatočná šírka dvier ako aj priestorov pre vozíky), izby zariadiť spôsobom vyhovujúcim aj pre pobyty imobilných pacientov (šírka dverí podľa noriem, prístup k sociálnym zariadeniam, WC, osadenie umývadiel). Zlepšiť prístupnosť v oblasti informovanosti pre občanov so ZP aj v súlade s komunikačnými potrebami osôb so sluchovým postihnutím (možnosť využívania služieb tlmočenia pre osoby so sluchovým postihnutím). V zdravotníckych zariadeniach pri každých dverách by mali byť

poradové čísla alebo papier s perom (zoznam mien pacientov v poradí), v novovybudovaných zdravotníckych zariadeniach by mali byť nainštalované informačné tabule s poradovými číslami na svetelných tabuliach, aby poradie bolo zrozumiteľné aj pre pacientov so sluchovým postihnutím, ktorí nedisponujú s možnosťou reagovať na hlasové vyvolávanie pacientov do ambulancií.

5.4. Vybaviť lôžkové oddelenia polohovacími posteľami, zdvíhákmi a ostatným potrebnými pomôckami pre manipuláciu s imobilnými pacientmi.

5.5. Vytvoriť špecializované centrá pre potreby občanov so ZP kde dostanú komplexnú pomoc a poradenstvo ohľadom svojho zdravotného postihnutia a potreby kompenzačných pomôcok.

5.6. Vytvoriť centrá včasnej starostlivosti (včasnej intervencie) pre deti so ZP do 6 rokov a **oddelenia pre nerovnomerný vývin** detí do 18. roku života. Systém včasnej starostlivosti si vyžaduje multidisciplinárny prístup odborníkov z radov zdravotníckych a nezdravotníckych profesií (psychológ, sociálny pracovník, logopéd, špeciálny pedagóg – liečebný pedagóg, dietológ – nutricionista, tlmočník pre osoby so sluchovým postihnutím).

5.7. Vyšetriť pacientov s ŤZP, so sťaženou komunikáciou u odborných lekárov bez hradenia poplatku na určitú hodinu (autisti a viacnásobne postihnutí občania, pacienti so sluchovým postihnutím v sprievode s tlmočníkom).

5.8. Pri poskytovaní ambulantnej zdravotnej starostlivosti odbornými lekármi zaviesť povinný objednávkový systém pacientov na vyšetrenie.

5.9. Zvýšiť limity – index obťažnosti (bodové navrhovanie na 2.5 násobku) od zdravotných poisťovní za zdravotnícke výkony pre pacientov s ŤZP v odborných ambulanciách (vypadli výkony 65, 66 a 67 pre pacientov s obmedzenou komunikáciou, napríklad deti s autizmom, Downovým syndrómom, dezorientovaných pacientov a iných) a zvýšiť limity za starostlivosť o imobilných pacientov a pacientov s narušenou komunikáciou v nemocničných zariadeniach (obdobne ako v špeciálnych triedach pre deti s MP majú v jednej triede len 4-5 detí na 1 pedagóga).

5.10. Zvýšiť počet liečební pre dlhodobu chorých.

5.11. Vyriešiť problém dlhodobej starostlivosti o dlhodobu chorých a terminálne chorých pacientov, ktorí si vyžadujú paliatívnu starostlivosť

5.12. Zvýšiť úroveň ošetrovateľstva, napríklad pri vykonávaní osobnej hygieny v zdravotníckych zariadeniach.

5.13. Umožniť kúpeľnú liečbu aj pacientom – deťom a dospelým ľuďom s inkontinenciou.

5.14. Zabezpečiť hospitalizáciu občanov s ŤZP so sprievodom.

5.15. Zabezpečiť pravidelné preventívne prehliadky občanom so ZP v zariadeniach ústavnej starostlivosti (DSS).

5.16. Predpisovanie ortopedických pomôcok a kompenzačných pomôcok cez zdravotné poisťovne je v súlade s pomôckami predpisovanými lekármi-špecialistami až na ojedinelé prípady, kde revízný lekár zmení pomôcku aj keď nemá potrebnú kvalifikáciu a nepozná pacienta.

5.17. Zabezpečiť stanovenie maximálneho doplatku za lieky pre pacientov, ktoré sa menia v priebehu krátkych období, doplniť za členov Kategorizačnej komisie aj reprezentantov pacientov.

5.18. Zariadiť kontrolu predpisovania psychofarmák občanom so ZP (MP) v zariadeniach ústavnej starostlivosti (DSS) a zabezpečiť informovanosť rodinných príslušníkov o nevyhnutnosti ich preskripcie.

5.19. Zabezpečiť dostupnosť liekov a zdravotníckych pomôcok.

5.20. Podporovať zdravotnú osvetu na zdravý spôsob stravovania a životného štýlu podporou edukačných aktivít na školách, zvýšením počtu hodín telesnej výchovy a podporou športových aktivít detí ako prevenciu civilizačných chorôb.

5.21. Sociálni pracovníci – sociálne sestry, bakalári sociálnej práce a magistri sociálnej práce sú neodmysliteľnou súčasťou zdravotnej starostlivosti o občanov so ZP. Sociálni pracovníci vypadli zo siete poskytovateľov zdravotníckej starostlivosti. Vytvoriť špecializácie vzdelávania sociálnych pracovníkov pre jednotlivé druhy zdravotného postihnutia.

5.22. Zaradiť do výučby na lekárske fakultách, pedagogických fakultách a fakultách ošetrovateľstva a sociálnej práce predmet „Zdravotné postihnutie“.

5.23. Zabezpečiť prostredníctvom hlavného odborníka Ministerstva zdravotníctva SR pre posudkové lekárstvo, aby v programoch ďalšieho vzdelávania posudkových lekárov na Slovenskej zdravotníckej univerzite, bola venovaná osobitná pozornosť problematike praktického uplatňovania lekárskej posudkovej činnosti pri vypracúvaní lekárske posudkov na účely peňažných príspevkov na kompenzácie ŤZP a na účely sociálnych služieb so zvláštnym zreteľom na jednotlivé druhy zdravotného postihnutia ; pri vypracúvaní a vyhotovovaní posudkov rešpektovať a adekvátne do nich zapracúvať objektívne nálezy odborníkov jednotlivých medicínskych odborov.

5.24. Zabezpečiť informačné materiály s aktuálnymi kontaktmi na inštitúcie (zamerané na oblasti: špeciálno-pedagogické, zdravotnícke, zariadenia sociálnych služieb, sociálno-rehabilitačné, terapeutické, psychologické, psychiatrické, mimovládne, a pod.) zaoberajúce sa deťmi so zdravotným postihnutím podľa jednotlivých druhov zdravotného postihnutia, aby sme zabezpečili od zdravotníckeho personálu, aby sa v starostlivosti o osoby so zdravotným postihnutím pristupovalo komplexne.

5.25. Zabezpečiť stravovanie v zariadeniach ústavnej starostlivosti (DSS) v rámci verejného stravovania na úrovni Vyhlášky o školskom stravovaní a Vyhlášky

o zariadeniach školského stravovania 366/2007 Z. z.

Zdroj: Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR. Rada vlády SR pre osoby so zdravotným postihnutím – rokovanie dňa 5. 10. 2009.

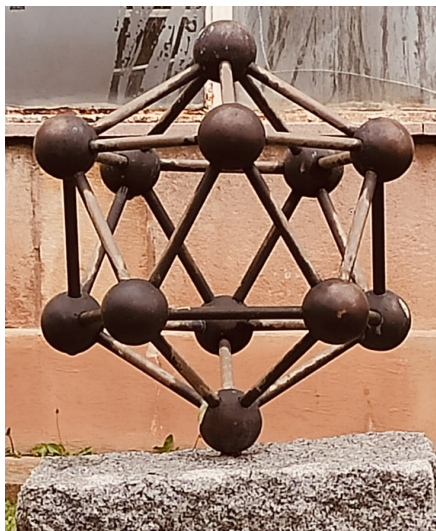
<http://www.employment.gov.sk/index.php?id=17332>

Obrnársky Festival v Janských Láznach 2010

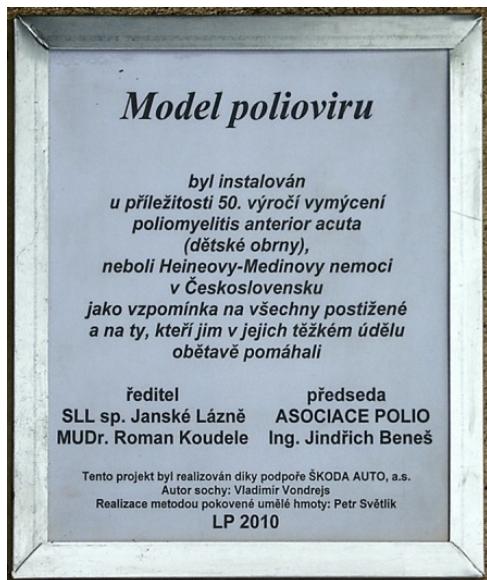
V dňoch 24. – 27. septembra 2010 sme sa na pozvanie Asociace polio ČR zúčastnili na festivale „Obrnáři obrnárom a pre obrnárov“, ktorý naši českí priatelia každoročne organizujú v Janských Láznach, tento rok aj s podporou a pod záštitou Ministerstva kultúry ČR a Štátnych liečebných kúpeľov, š. p. Janské Lázně. Vyrazili sme v trojici – dve Anky z Myjavy (Mgr. Hmiráková, Chovancová) a autor tohto príspevku – v piatok popoludní, večer sme boli na mieste.

Samotný program festivalu bol rozložený do troch dní, od soboty do pondelka (v utorok bol v ČR štátny sviatok – Deň českej štátnosti), nosným dňom bola pritom práve sobota. V Malej sále Janského dvora Festival oficiálne otvoril predseda AP ČR, Ing. Jindřich Beneš, ktorý srdečne privítal nás i troch obrnárov z Maďarska ako zástupcov spriaznených asociácií zo zahraničia, ktorí dodávajú podujatiu medzinárodný charakter.

Z Malej sály sme sa následne presunuli pred Lázeňský dům, kde sa za účasti starostu mesta a primárky kúpeľov a asi stovky obrnárov i náhodných okoloidúcich uskutočnilo slávnostné odhalenie kameňa s POLIOVÍROM, ktorého autorom je člen AP ČR, Doc. RNDr. Vladimír Vondřejš, DrSc. (mimochodom, až neuveriteľne aktívny človek v takých oblastiach ako je biofyzika, molekulárna biológia, génové inžinierstvo či výtvarné umenie a sochárstvo...).



Súčasťou inštalácie je i tabuľka s nasledovným textom: „*Model polioviru* byl instalován u příležitosti 50. výročí vymýcení poliomyelitidy anterior acuta (dětské obrny), neboli Heineovy-Medinovy nemoci v Československu jako vzpomínka na všechny postižené a na ty, kteří jim v jejich těžkém údělu pomáhali.“ Bol to svojím



spôsobom zvláštny zážitok, uvedomili sme si pritom nielen to, že detská obrna je už v týchto zemepisných šírkach dávnou minulosťou (prinajmenšom z pohľadu výskytu nových ochorení), ale že to poďakovanie všetkým, ktorí „obrnárom v ich ťažkom údele pomáhali“, je aj za nás, obrnárov zo Slovenska (ale aj z iných krajín), ktorí máme Janské

Lázne zapísané hlboko vo svojej pamäti.

Týmto slávnostným aktom sa vlastne oficiálny program festivalu viac-menej skončil – sobotné popoludnie i ďalšie dva dni boli vyplnené prechádzkami v areáli kúpeľov, ale i za ich hranice (my traja sme sa vybrali lanovkou aj na Černou horu a zaspomínali si na časy, keď sme to zvládali aj po svojich), posedeniami pri živšej hudbe vo veľmi pekne zrekonštruovanej Kolonáde, rozhovormi s priateľmi a známymi. V sobotu večer nechýbal tradičný spoločenský večer s tancom, tombolou, zábavou až do polnoci.

Z Janských Lázní sme odchádzali v pondelok dopoludnia s pocitom, že bolo celkom fajn – človek sa rád vracia na miesta svojho detstva či mladosti, navyše ak mu tam bolo dobre a stretol tam zaujímavých a dobrých ľudí.

Festival bude aj o rok, už vieme, že v dňoch 22. – 26. septembra 2011, kto by mal záujem, môže sa ho, samozrejme, zúčastniť. Mohli by sme dokonca ísť viacerí, a to aj organizovaným presunom, podobne ako v r. 2007, Marika Mruzková ako náš ambasádor v Českej republike by nám s tým vedela pomôcť. Bližšie o tomto podujatí vás budeme včas informovať.

Štefan Grajčár

PROBLEMATIKA „POSTPOLIOMYELITICKÉHO SYNDROMU“

doc. MUDr. Miluše Havlová, CSc.

Neurologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Pozdní následky poliomyelitidy jsou souborem obtíží, které vedou u jedinců po kdysi prodělané poliomyelitidě, k horšení jejich dosud stabilizovaného zdravotního stavu. Objevuje se a narůstá u nich celá řada různých obtíží s převahou příznaků buď myoskeletárních nebo neuromuskulárních. Mezi hlavní diagnostická kritéria vymezující tzv. postpoliomyelitický syndrom patří: poliomyelitida v anamnéze, částečné znovuoobnovení poškozených motorických funkcí, minimálně 15 let trvající stabilizace zdravotního stavu, postupný pokles svalové síly a celkové výkonnosti. Jednoznačné vysvětlení pro tyto prakticky nové progredující neuromuskulární symptomy se dosud nepodařilo nalézt, významný podíl nepochybně má chronické přetěžování motorických axonů, ale nelze vyloučit ani možnost zánětlivého autoimunního procesu.

Klíčová slova: postpoliomyelitický syndrom, pozdní následky poliomyelitidy, progresivní postpoliomyelitická svalová atrofie, kritéria, hlavní příznaky.

Úvod

Postpoliomyelitický syndrom (PPS) představuje soubor obtíží, o nichž neměli jedinci, kteří v dětství prodělali paralytickou formu infekční dětské obrny, dlouho ani tušení. Teprve nečekané a zdánlivě nevysvětlitelné horšení jejich dlouhodobě stabilizovaného zdravotního stavu kolem věku 50–60 let podnítilo začátkem 80. let, především v USA, lékařský výzkum na toto téma. Ovšem již v r. 1875 popsali Charcot a Raymond (3) případ pacienta s obtížemi připomínajícími PPS.

Podle statistik WHO žije v současné době na světě asi 12 milionů lidí, kteří mají větší či menší následky po prodělané poliomyelitidě. Z toho nejméně u 60–75 % se objevují tzv. pozdní následky poliomyelitidy, postpoliomyelitický syndrom nebo progresivní postpoliomyelitická muskulární atrofie (PPMA).

Diagnostická kritéria

Ke stanovení diagnózy PPS jsou používány kritéria dle Muldera (11):

1. poliomyelitida v anamnéze
2. částečné znovuoobnovení poškozených pohybových funkcí
3. minimálně 15 let trvající stabilizace zdravotního stavu
4. postupné zhoršování svalové síly i celkové výkonnosti.

Klinické příznaky, dělení

Mezi hlavní příznaky podle Halsteada, Jubelta a dal. (5, 9, 10) patří:

- nadměrně zvýšená únavnost 62–89 %
- úporné bolesti svalů a kloubů 71–86 %

- rostoucí slabost ve svalech paretických 69–88 %
- ve svalech původně zdravých 50–61 %
- vznik nových svalových atrofií 28–39 %
- fascikulace a křeče 25–42 %
- celkové horšení pohybových schopností . . . 52–85 %
- intolerance chladu 29–56 %
- dýchací obtíže, spánková apnoe a dal. 27–39 %

Studie Dalakase et al. (3, 5, 9) ukazují, že PPS je s největší pravděpodobností kombinací dvou závažných symptomů. Jde zjevně o:

I. narůstající degenerativní změny a deformity pohybového aparátu (mysoskeletární symptomy), které převážně souvisí s dlouholetou pohybovou dyskoordinací, nefyziologickým přetěžováním, opotřebením a samozřejmě také s věkem.

II. progresivní postpoliomyelitickou spinální svalovou atrofii (neuromuskulární symptomy) související s progredující původní-deteriorací funkce motorického neuronu. Intenzita nových symptomů závisí na stupni původního postižení, ale nepochybně i na míře celoživotní fyzické a psychické zátěže. Ze subjektivních obtíží, které jedince po polio nejvíce trápí, jsou to bolesti a velká únava. Bolesti jsou dle Lehmana a dal. (10, 2, 6) v podstatě dvojího druhu a jejich příčina je nepochybně vždy multifaktoriální.

A) Bolesti nespecifické

1. chybné asymetrické přetěžování kloubů, svalů, ligament (algický vertebrogenní syndrom, zejména cerviko-kraniální a cerviko-brachiální, humeroskapulární artropatie, tenisový loket...)
2. funkční až strukturální změny svalů, svalových úponů nebo fascií (svalové a šlachové kontraktury, fibromyalgie...)
3. změny statiky skeletu (skolióza, asymetrie pánve při hypogenesi jedné končetiny, subluxace, coxartróza, gonartróza, rekurvace kolenních kloubů, spondylotické změny, osteoporóza včetně patologických fraktur...)
4. komprese nervu (syndrom karpálního tunelu, meralgia parestetica, interkostální neuralgie, kořenový syndrom při discopatii, kyfoskolióze, spondylartróze s osteofyty...).

B) Bolesti specifické

1. ruptura jednotlivých svalových vláken či celých svalových skupin v souvislosti s přetížením strukturálně nekvalitní, primárně poškozené nebo oslabené svalové tkáně:
 - akutní (rychlé zdvihnutí těžkého předmětu, pád...)
 - subakutní (delší chůze, horská túra, domácí úklid...)

- chronická (chůze o holích, nošení nákupů, delší psaní na stroji...).

Ruptury jsou provázeny edematózními nebo zánětlivými změnami s následnými reparačními pochody. Svalové bolesti s nimi související jsou i v klidu, významně ochromují hybnost pacienta a obvykle trvají mnohem déle než u zdravých jedinců.

2. zvýšená citlivost na bolest – v souvislosti s nedostatečnou produkcí enkefalinu a endorfinu buňkami mozkového kmene. Předpokládá se, že akutní neuroinfekce nezpůsobila kdysi pouze lézi motorických buněk předních rohů míšních, ale v některých případech i lézi kmenových struktur produkujících enkefalin. V podstatě šlo o polio-encefalo-mylitidu, pro což svědčí i tehdy relativně časté bulbární příznaky nebo periferní paréza n. VII. A nyní v souvislosti s léta trvající neúměrnou fyzickou i psychickou zátěží dochází u některých postižených k dekompenzaci na ose hypothalamus-hypofýza-nadledvinky a objevuje se povšechně zvýšená dráždivost.

3. chronická tkáňová hypoxie (špatné prokrvení končetin, nedostatečná plicní ventilace...) má za následek poruchy spánku, bolesti a noční křeče končetin, ale i bolesti hlavy, zvýšenou únavu po ránu, někdy i další obtíže, např. kardiovaskulární nebo gastrointestinální.

Pro objasnění nadměrné únavy u PPS existují dvě hypotézy (3), a to:

- a) akumulací, která předpokládá zvýšení amoniaku, H^+ a anorganického fosfátu
- b) z vyčerpání, což souvisí s poklesem ATP, fosfokreatinu a glykogenu ve svazech.

Určitou roli může zároveň hrát i deprese anebo poruchy spánku se syndromem spánkové apnoe či s celkovou hypoxií organismu v rámci narůstajících ventilačních obtíží.

Podle klinického stavu a výsledků pomocných vyšetření dělí Pongratz, Lehmann a dal. (14, 9, 11, 6, 10) postpolio syndrom zhruba na tři typy :

1. *sekundárně „myopatický“ postpoliomyelitický syndrom* – vyznačuje se větší slabostí a bolestmi ve svazech, často nalézáme zvýšenou aktivitu kreatinkinázy (CK) podobně jako u některých progresivních svalových dystrofií. To svědčí pro postižení membrány svalových buněk a rostoucí atrofie. EMG vedle neurogenního vzorce postižení jeví i některé známky myogenní léze. Svalová biopsie ukazuje vedle neurogenní atrofie svalových vláken někdy i určité zánětlivé změny, které obvykle dominují u myositid.

2. *„neuropatický“ postpoliomyelitický syndrom* – jde o variantu častější, dle Dalakase a Murrata (2) v podstatě o axonopatii. Biopstické vyšetření ukazuje vedle starých atrofií i čerstvé atrofie svalových vláken, které vytvářejí drobné ostrůvky odpovídající v podstatě malé motorické jednotce. S tím korelují i nálezy single-fibre EMG. U těchto případů nebývá zvýšená hladina CK ani tak velké myalgie, zato v likvoru se někdy nachází zvýšená oligoklonální frakce IgG svědčící pro pomalý zánět.

3. *syndrom progresivní atrofie adultního typu či ALS* – se objevuje naštěstí velmi vzácně, příčina zůstává zatím nevyjasněna. Mezi diferenciálně diagnostická kritéria patří rychlý rozvoj paretických příznaků s atrofiemi a generalizovanými fascikulacemi.

Etiopatogeneze

Etiologie postpoliomyelitického syndromu nebyla dosud jednoznačně objasněna (2, 3, 6, 9), nicméně několik od začátku existujících hypotéz se začíná postupně potvrzovat. Nepochybně se na rozvoji PPS podílí celá řada příčin, které je možno orientačně rozdělit do dvou skupin:

a) příčiny funkční:

- chronické přetížení zbylých motoneuronů
- psychické faktory, především chronický stres
- nadváha.

b) příčiny patofyziologické:

- autoimunní reakce, chronický zánět
- reaktivace v organismu perzistujícího viru
- předčasné stárnutí
- genetické faktory.

Dle Dalakase (2, 3) jde o dysfunkci terminálních axonů. Motoneurony, které kdysi přežily akutní fázi nemoci, nejsou již schopny po mnoha letech nadměrně velké zátěže nadále zvládat pro ně neúměrně velké metabolické nároky všech axonů velikých motorických nervosvalových jednotek, kompenzatorně tehdy vzniklých. Proto některá takováto nervová vlákna postupně odumírají, což se projeví snižováním hybnosti, fascikulacemi a novými svalovými atrofiemi. Překvapení však přinesly některé bioptické a sekční nálezy (3, 9, 14), které u pacientů s PPS ukazují vedle atrofických projevů zánětlivé změny perivaskulární a intraparenchymové (chromatolýza, glióza, axonální sferoidy), a to jak ve svalech, tak i v předních rožích míšních. Nález axonálních sferoidů svědčí vždy pro aktivně probíhající patologický proces, u chronických neurogenních lézí je obvykle nenajdeme. Takže to, spolu s dalšími imunologickými nálezy (3, 8, 12, 15) v likvoru nebo v krvi některých pacientů, mluví pro možnost imunopatologického mechanismu nebo jeho spolupodíl, zejména když průběh postpolio syndromu má charakter chronického autoagresivního onemocnění.

V r. 1989 byl identifikován (3, 4, 5) a oddělen poliovirus-receptor (PVR). Tento receptor je kódován genem lokalizovaným na chromozomu 19q 13.1–13.2. PVR je integrální membránový protein se strukturální charakteristikou imunoglobulinových proteinů. Nachází se na ervosvalových ploténkách, na motorických neuronech předních rohů míšních, v oblasti bulbus olfactorius, ale i ve tkáních významných pro imunitu a obranyschopnost organismu (thymus, endotel cév,

monocyty, především mononukleární fagocyty). Podezření na přítomnost perzistujícího viru, které se zpočátku zdálo málo pravděpodobné, se začíná dle některých zahraničních studií z poslední doby (3, 9) potvrzovat, a to díky metodám molekulární genetiky, hlavně polymerázové řetězcové reakci (PCR).

Terapie

Léčba pacientů s PPS vyžaduje individuální přístup vzhledem k velké variabilitě jejich tělesného postižení. Navzdory tomu, že u nich dominuje porucha pohybového ústrojí, je nutno zejména s přibývajícím věkem myslet včas na komorbiditu, tedy i na další možné a celkový stav nenápadně zhoršující obtíže kardiovaskulární, urogenitálního životního stylu s maximálním šetřením fyzických i psychických sil, což znamená omezení fyzické námahy, endokrinní, osteoporózu, a další.

Prvním příkazem pro pacienty by měla být úprava dosavadního životního stylu s maximálním šetřením fyzických i psychických sil, což znamená omezení fyzické námahy a odstranění všech stresujících nebo ohrožujících faktorů a bariér z denního života (2, 4, 8). Důležité je včas umět začít používat kompenzační pomůcky, jako jsou hole, korzet, různé ortézy, auto, vozík, ev. na noc i podpůrný ventilační přístroj.

V rámci medikamentózní terapie se za nejúčinnější prostředek proti bolesti považují zatím stále salicyláty, doporučována jsou také některá antidepresiva (amitriptylin) a antiepileptika (gabapentin). Ke zlepšení svalové síly napomáhají inhibitory cholinesterázy (pyridostigmin), energetický metabolismus ve svalu podporuje L-karnitin a koenzym Q10 (16, 2, 4).

Při úporných myalgiiích se zvýšením CK a protilátek proti polio se osvědčil supresorický transfer faktor (12, 8). Určitou podpůrnou funkci mají i antioxidantia, vazodilatantia, minerály a vitaminy. Od podávání kortikoidů se ustoupilo, zajímavé práce o efektu selegilinu, bromcriptinu nebo IGF-1 (insulin-like growth factor 1) jsou zatím statisticky nevýznamné (1, 8, 13).

Význam rehabilitace je neoddiskutovatelný. Nejde při ní tak jako kdysi o cílené zvyšování svalové síly, ale především o udržení dosavadní výdrže a funkcí, uvolňování bolestivých myofasciálních spazmů, kontraktur a zabránění vzniku nebo odstranění zřetězujících se funkčních poruch a blokády. Důležitá je zároveň i podpora krevního oběhu a ventilace. Opakovaná lázeňská léčba dle Lehmana a dal. (9, 4, 6) neznamena pro pacienta luxus, ale je nezbytná k udržení optimální hybnosti a kvality jeho života.

Závěr

S akutní formou dětské obrny se u nás od roku 1960, kdy byla zahájena vakcinace Sabinovou vakcínou, naštěstí nesetkáváme. Nicméně v ČR žije ještě

téměř 10 tisíc starších lidí, kteří v mládí prodělali poliomyelitidu, a jejichž zdravotní stav se může z nejrůznějších důvodů zhoršovat.

V rámci diferenciální diagnózy je zapotřebí zvážit u nich vždy i možnost rozvíjejícího se postpoliomyelitického syndrómu.

Podajme si ruky

(úvaha)

Veľký antický filozof Anaxagoras tvrdil, že človek je zo všetkých tvorov najmúdrejší preto, že má ruky. Ruky si podávame, aby sme sa jeden druhému otvorili. Je tiež pravda, že ruky, čo si stískajú priatelia a ruky, ktoré si podávajú politici, vyjadrujú diametrálne rozdielne motívy a sprevádzajú rozdielne pocity. Ako príklad zlých skúseností s podávaním rúk môže slúžiť to, keď nám naši politici, zákonodárci nepodali v mnohých prípadoch pomocnú ruku. Ba niekedy necitlivo, až arogantne zasahovali do práv zdravotne postihnutých a do nášho života. Ale čo je možné čakať od takých, čo zaslepení bohatstvom a mocou nevidia a nepočujú.

O podávaní rúk by sa dalo veľmi veľa a dlho filozofovať. No cieľom tohto môjho článku je písať o priateľstve nás „obrnárov“, ktoré neraz začínalo podaním ruky, a že naše podané ruky budú ako reťaz, ktorá nás spája.

Aj založenie Asociácie polio má vo vienu podanie ruky nám všetkým, ktorých stretol „poliovírus“. Asociácia Polio má byť bariérou, ktorá bude chrániť občanov postihnutých detskou obrnou a vyslať signál do sveta, že sme tu a potrebujeme od spoločnosti podanie pomocnej ruky. Tak ako sme počas nášho života aj my „obrnári“ podali ruku, aby sme pomohli iným. Aj my sme dostávali pomocnú ruku, predovšetkým láskavú a citlivú ruku rodičov, ktorá nám dávala silu a odvahu skúšať žiť plnohodnotný život. Im patrí báseň Milana Rúfusa „Nedeľná modlitba za otcove ruky“, ktorú uvádzam na konci článku. Pomocnú ruku nám podávali aj lekári, zamestnanci liečební a kúpeľov, nielen vo Veľkých Losinách, či Jánskych Láznach, ale aj iných.

Vznikom Slovenskej republiky sme sa v Rajeckých Tepliciach stretli so vzácnou ženou MUDr. Gazdíkovou, na ktorú si radi spomíname ako nám podala pomocnú ruku pri rozširovaní členskej základne Asociácie polio, ako aj odbornými radami na našich stretnutiach a odbornými článkami v našom Informátore.

Podávajme si ruky, aby sa nám lepšie žilo. Podávajme si ruky a odovzdávajme si skúsenosti, či zážitky. Podávajme si ruky na znak toho, že v budúcnosti sa znova radi stretneme. Podávajme si ruky a želajme si všetko najlepšie.

Ruku si môžeme podávať ako znak slušnosti, srdce podávame človeku z ľudskosti. Verím, milí priatelia, že pri našich víkendových, rekondičných a iných

stretnutiach si pri podaní rúk podáme aj trocha nášho srdiečka.

Na záver ponúkam báseň Milana Rúfusa, ktorá oslavuje najkrajšie podanie rúk – podanie rúk našich rodičov.

Milan Rúfus: Nedeľná modlitba za otcove ruky.

Otcove ruky na večernom stole.

Také veľké ako taniere.

O chvíľu pôjde preč –

Kúpiť chlieb za mozole.

Iba čo doje zvyšok večere.

Keď mi tie ruky na sobotu vráti

Budeme znova sedieť za stolom.

A moja dlaň sa v jeho stratí,

Akoby jej tam ani nebolo.

A ja viem veru, čo sa možno stane,

Že vyhrkne mi slza na líčku.

Moja dlaň bude v hniezde jeho dlane

Ako ružové vtáčie vajíčko.

Možno aj usnem hlávkou v jeho ruke.

A bude sa mi, Bože, sladko spať.

Akoby som spal na nebeskej lúke.

A možno sa už nebudem báť.

Všetko dobré praje Jozef Danek

A ešte niečo z českého Zpravodaja AP

Padesáté výročí vítězství očkování nad obrnou v našem státě

Nejdříve dovolte, abych zopakoval několik základních, epidemiologicky významných údajů. Jak všichni víme, příčinou akutní poliomyelitidy (lidově dětské obrny) je infekce poliovirem, který se vyskytuje ve třech variantách. Viry se vylučují stolicí a odtud se mohou šířit dál. Člověk je jediným hostitelem těchto virů, což je výchozím bodem očekávání, že pokud se podaří proočkovat celou populaci, virus vyhyne, protože se nebude moci nikde množit. Způsob nákazy je fekální i kapénkový. Léto a podzim jsou obvykle období zvláště vhodná pro šíření nákazy. Od první velké epidemie v Československu (1939) se ataky virů vracely asi

po třech až pěti letech. Ještě v padesátých letech umíralo u nás na obrnu asi 600 lidí ročně. Poslední epidemie u nás byla na jaře roku 1957. Další šíření bylo potlačeno očkováním pomocí očkovací látky s usmrceným virem.

K úplnému vymýcení této infekční choroby u nás došlo však až roku 1960, to jest právě před 49 lety. Vakcínu s oslabeným virem tehdy připravil kolektiv pracovníků vedených Doc. MUDr. Slonimem v Ústavu sér a očkovacích látek. Od tohoto roku se u nás nevyskytl žádný nový případ onemocnění poliomyelitidou. Zásahu na tom má nejen kvalita „oslabené vakcíny“, ale i výborná organizace akce očkování, zejména celoplošný a kampaňovitý charakter každoročního očkování dětí u nás. V tom má československé zdravotnictví světovou prioritu.

Vymýcení obrny na celém světě se stalo počínaje rokem 2000 prvořadým úkolem Světové zdravotnické organizace za vydatného přispění rotariánské organizace. Bohužel, dosud se nepodařilo úkol, který již pohltil obrovské finanční prostředky, splnit. Příčinou jsou velké obtíže s organizací kampaně v rozvojových zemích, a to zvláště tam, kde ještě navíc panují nepokoje, anebo dokonce válečné konflikty. Problémy zesiluje migrace obyvatelstva, odmítání očkování určitou frakcí lidí a nedůsledné řadové očkování v některých zemích, kde již byla obrna vymýcena. V poslední době se přechází opět na „mrtvou vakcínu“ respektive na vakcínu obsahující pouze vybrané virové antigeny.

Vymýcení obrny u nás a významný příspěvek našeho zdravotnictví při rozvoji očkovacích postupů si zaslouží beze sporu připomenutí, zvláště když se příští rok bude slavit padesáté výročí vítězství očkování nad obrnou v našem státě. Naše asociace připravila v souvislosti s tradiční akcí „Obrnáři obrnářům“ v roce 2010 vzpomínkovou slavnost v Janských Lázních, při které byl odhalen pomník vyhlazení obrny v Čechách. Tato radostná akce by měla nejen připomenout výročí vyhnání poliovirů a vyjádřit vděk těm, kteří se na tom podíleli, ale také poukázat na to, že je tu ještě početná skupina lidí, kteří onemocněli před rokem 1960, na jejichž existenci se díky eradikaci polioviru postupně zapomíná. Z toho, že nemáme obrnářský dorost se pochopitelně radujeme, ale paradoxně nás to poškozuje. O léčení postpoliosyndromu se nikdo kromě nás příliš nezabývá a lékařský dorost má potíže se správným označením naší diagnózy, natož aby byl poučen o opožděných účincích onemocnění. Předseda AP ing. Beneš měl původně smělou představu, že podobné akce by proběhly i ve Velkých Losínách a v Praze, ale splnění tohoto snu by pro nás bylo příliš nákladné.

Vladimír Dja Vondrejs

Slzy proti bolesti

Nebráňte sa slzám, uvoľňujú napätie organizmu, vracajú mu silu a ešte aj potlačajú bolesť. Plač má podľa rôznych výskumov veľký vplyv na zlepšenie zdravotného stavu. Slzy obsahujú rozličné chemické látky, napr. aj prolaktín, hormón ovplyvňujúci činnosť vaječníkov. Jeho prítomnosť v slzách tiež vysvetľuje, prečo ženy plačú viac ako muži. Okrem prolaktínu sú v slzách prítomné aj niektoré proteíny ako mangán, draslík a látky, ktoré fungujú ako prirodzení zabíjači bolesti. *Takže z bolesti sa kludne vyplačte!*



Opustila nás

Zdenka Ježková, Stránčice – Otice

Češť jej pamiatke!

Zloženie Rady Asociácie polio v SR

Predseda: **PhDr. Štefan Grajcár**
Podpredsedovia: **Ing. Vojtech Antošovský**
Ing. Alica Suchá
Tajomníčka: **Mgr. Anna Hmiráková,**
Hospodárka: **Helena Kánová**
Členovia: **MUDr. Zuzana Baranová, PhD.**
Ing. Jozef Danek
Eva Lazurová
Ing. Jozefína Slezáková

Kontrolná komisia AP v SR

Predseda: **Jana Šebianová**
Členovia: **Daniela Köböllová**
Miloš Stilhammer