

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Pracovní rehabilitace a její zabezpečení úřady práce v Ústeckém kraji

Diplomová práce

Jméno autora: Bc. Jana Ježková
Vedoucí práce: Ing. Ivan Loukota
Datum odevzdání práce: 25. 4. 2008

Abstract

Working rehabilitation is the topic of my diploma thesis. Finding out the ways of securing working rehabilitation by the employment offices in the region of Ústí nad Labem on the basis of secondary sources and qualitative talks is the aim of this diploma thesis.

So far in the Czech Republic hasn't been the system providing comprehensive solution of the health handicapped employment. The Act Employment n.435/2004, Code introduces the institute of working rehabilitation in order to provide the access and comeback to the labour market for the health handicapped. Supporting the policy which enable to employ these handicapped people is the the next objective of this institute.

The employment offices as the state administration bodies provide the employment facilities in a given region, they are independent subjects, territorially organized in districts and their legislative duties contain working rehabilitation securing.

Research respondents were the particular employment offices in the region of Ústí nad Labem personnel who are interested in working rehabilitation and really practise it.

The region of ústí nad Labem belongs to the Czech Republic area maintaining the primacy in the field of the unemployment. The unemployment as a result of labour market functioning is one of the contemporary world problems. Labour market is very dynamic phenomenon which reacts to technological development and economic situation. Nowadays with the essential decrease in working positions there is a decrease in free working positions reserved for the handicapped and thus the participation of the handicapped in the total number of job applicants has been steadily increased. The integration of these handicapped to the labour market is affected by lots of factors among others by insufficient awareness of their needs and weak points of the contemporary functioning from the legislation and practise view point. Creating procedures which enable to make provision for needs and skills of working

rehabilitation participants and thereby increasing their participation at labour market was the intention of this diploma thesis.

The targets were fulfilled so there were suggested three variants which show various possibilities of the initiation of working rehabilitation process and enable the effective usage of their particular forms.

The diploma thesis results can be used either by the employment offices personnel throughout the Czech Republic or by the specialized experts who are interested in the problem of working rehabilitation.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma pracovní rehabilitace vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii. Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích 25. 4. 2008

.....

Ráda bych poděkovala Ing. Ivanu Loukotovi za přínosné rady, připomínky a trpělivost při vedení mé diplomové práce. Zároveň bych ráda poděkovala všem respondentům výzkumu za jejich čas a účast při realizaci výzkumu.

OBSAH

ÚVOD	8
1. SOUČASNÝ STAV	10
1.1 Zdravotní postižení a přístup společnosti k osobám se zdravotním postižením. 10	
1.1.1 Historie vztahu společnosti k lidem s postižením.....	10
1.1.2 Postižení jako stigma	11
1.1.3 Terminologie užívaná v současnosti a její vývoj	13
1.1.4 Statistická data.....	19
1.2 Integrace a integrační bariéry	20
1.2.1 Charakteristika pojmu integrace, její modely a klasifikace	21
1.2.2 Integrační bariéry.....	22
1.2.3 Komunikační aspekty integrace	24
1.2.4 Síla řeči.....	24
1.2.5 Psychologie komunikace.....	26
1.2.6 Komunikační kompetence	27
1.3 Rehabilitace	28
1.3.1 Léčebná rehabilitace.....	31
1.3.2 Sociální rehabilitace	31
1.3.3 Pedagogická rehabilitace	33
1.3.4 Pracovní rehabilitace	34
1.4 Ústecký kraj a úřady práce v Ústeckém kraji	36
1.4.1 Okres Ústí nad Labem – Úřad práce v Ústí nad Labem	39
1.4.2 Okres Děčín – Úřad práce v Děčíně.....	40
1.4.3 Okres Teplice – Úřad práce v Teplicích.....	41
1.4.4 Okres Most – Úřad práce v Mostě.....	42
1.4.5 Okres Litoměřice – Úřad práce v Litoměřicích.....	43
1.4.6 Okres Louny – Úřad práce v Lounech.....	44
1.4.7 Okres Chomutov – Úřad práce v Chomutově.....	46
2. CÍLE PRÁCE	48
3. METODIKA	49
3.1 Popis výzkumných metod.....	49
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	50
3.3 Sběr dat	50
4. VYHODNOCENÍ ŠETŘENÍ	54
4.1. Základní informace	54
4.2. Personální struktura a politika	55
4.3. Právní prostředí.....	58
4.4. Vnější sociálně ekonomické prostředí	60
5. DISKUSE	66
6. ZÁVĚR	81

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ	83
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	88
9. PŘÍLOHY	89

Motto: „Nestačí mluvit k věci, musí se mluvit k lidem“.

Úvod

Vztah k lidem se zdravotním postižením a úroveň péče o ně je významným ukazatelem společenské, hospodářské a kulturní úrovně země.

Na celém světě žije kolem 500 miliónů lidí s určitým druhem zdravotního postižení. V České republice je to přibližně 1 200 000 občanů.

V dřívějších letech bylo postavení lidí se zdravotním postižením v naší společnosti charakterizováno segregací. V současné době mluvíme o integraci, která představuje poskytnutí možnosti plně se začlenit a splynout se společností lidí bez zdravotního postižení.

Jako téma diplomové práce jsem si vybrala pracovní rehabilitaci.

V České republice doposud nebyl zaveden systém, který by umožnil komplexní řešení zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Prostor pro vytvoření takového systému dává zákon č.435/2004 Sb., o zaměstnanosti, který zavádí pro osoby se zdravotním postižením institut¹ pracovní rehabilitace. Ten má zlepšit přístup nebo návrat na trh práce a také podporovat postupy, umožňující zaměstnávání osob se zdravotním postižením.

Po roce 1990 se začalo v české společnosti ve větší míře prosazovat uplatňování osob se zdravotním postižením na trhu práce. Došlo k navýšení prostředků na vytváření pracovních míst pro občany se zdravotním postižením a tím se částečně zvýšila motivace zaměstnavatelů k jejich zaměstnávání. V průběhu dalších let se prokázalo, že tento způsob pomoci je jen řešením částečným.

S absolutním úbytkem pracovních míst dochází i k úbytku volných pracovních míst, vyhrazených pro osoby se zdravotním postižením. Dále přetrvávajícím problémem je postoj zaměstnavatelů, kteří dávají přednost sankcím před plněním povinného podílu zaměstnávání osob se zdravotním postižením.

Zdravotně postiženým uchazečem o práci se ze dne na den může stát kdokoliv. Ročně přibývá téměř 300 osob, které do této kategorie patří. Zatímco právní normy

¹ Soubor právních norem

ukládají tyto osoby zaměstnávat nebo svou neochotu kompenzovat plněním povinného podílu, ostatní státy Evropské unie to řeší jinak: usilují o uplatňování postižených přímo na volném trhu práce.

V mé diplomové práci se pokusím zjistit, jakým způsobem je pracovní rehabilitace zabezpečována úřady práce v Ústeckém kraji a na základě zjištění navrhnout sjednocení postupů na úřadech práce v Ústeckém kraji. Respondenty výzkumu jsou pracovníci jednotlivých úřadů práce Ústeckého kraje, kteří se zabývají problematikou pracovní rehabilitace a fakticky ji vykonávají. Záměrem je vytvořit schéma, které by dávalo možnost zohlednit potřeby a schopnosti účastníků rehabilitace a tím zvýšilo jejich možnost uplatnění na trhu práce.

Výsledky mohou využít nejen pracovníci úřadů práce v celé České republice, ale i široká odborná veřejnost, která se problematikou pracovní rehabilitace zabývá.

1. Současný stav

1.1 Zdravotní postižení a přístup společnosti k osobám se zdravotním postižením

Co je zdravotní postižení? Jak uvádí Margerita Vysokajová, nejsou termíny vztahující se k lidem se zdravotním postižením užívány jednotně ani v našem právním řádu, proto je mou snahou ve své práci vymezit některé pojmy a ujasnit jejich smysl používání.

Termíny, které jsou dnes užívané, nebyly běžné v minulosti, proto se zmíním o historii a vývoji celé problematiky, včetně statistických dat, která se k ní vztahují.

1.1.1 Historie vztahu společnosti k lidem s postižením

„Již od počátku lidské společnosti byli mezi jejími členy jedinci, kteří se odlišovali od ostatních vzhledem, smyslovými či tělesnými vadami, duševním stavem či chorobami. Jednotlivci i celá společnost se vždy nějakým způsobem museli vyrovnávat se svými odlišnými členy, tento vztah se však v průběhu dějin proměňoval v závislosti na vývoji společnosti“ (54).

V prvobytné společnosti byli tzv. „nepotřební“ jedinci likvidováni. Ve spartském státním systému pokud nebyli novorozenci zdraví a silní, byli házeni napospas dravé zvěři. Také ve starém Římě bylo neúživé či znetvořené dítě opuštěno rodinou a odsouzeno k smrti. Výrazné změny v přístupu k pohybově postiženým, nemocným a starým lidem se odehrály za feudalismu. V této době o ně začali pečovat jednotlivci a dobročinné instituce v azylových zařízeních, kláštorech nebo ve špitálech. Poprvé se začaly projevovat humanitární ideje ve vztahu k tělesně postiženým s rozvojem humanismu.

Kábele uvádí, že v období humanismu a renesance se začal objevovat požadavek vzdělávání tělesně postižených. Přes odpor feudálů, kteří se báli rozšíření vzdělání mezi nevolnický a robotnický lid, začal J.A.Komenský prosazovat požadavek všeobecného a všestranného vzdělávání lidí bez rozdílu původu, pohlaví a stavu. Ve svém díle

Vševýchova pojednává o potřebě vzdělávání postižených osob. Toto dílo bylo první teoretickou prací z oboru speciální pedagogiky.

Komenský ovlivnil další humanisty, kteří se postupně snažili o vzdělávání postižené mládeže v ústavech a speciálních zařízeních. Začaly vznikat první soukromé ústavy, v nichž pedagogové učili postižené děti z rodin feudálů.

Humanitní snahy o vzdělávání zdravotně postižené mládeže postupně přecházely od požadavku všeobecného vzdělávání k úsilí o odborné vzdělání, tedy k přípravě na povolání.

Počátky těchto snah se objevují v zahraničí i u nás na počátku 20. století. MUDr. Rudolf Jedlička navrhl pozoruhodnou koncepci, která byla souhrnem veškeré péče – léčebné, výchovně vzdělávací, pracovní, sociální, psychologické, právnické a ekonomické, jež pomohla k plné rehabilitaci, resocializaci a zařazení zdravotně postižených osob do produktivní pracovní činnosti **(20)**.

Jak jsem již zmínila výše, v průběhu dějin se postupně vytvářela i druhá linie vztahu k postiženým zřetelněji vyjádřená ve středověku v podobě příkazu křesťanské lásky a z toho plynoucí péče o slabé a nemocné. V posledních dvou stoletích se objevují skutečné pokusy o reálnou pomoc **(54)**.

„Vztah k postiženým je tedy obecněji výrazem tolerance k odlišnosti, respektování individuality, je výrazem vnitřní kvality člověka i celé společnosti. Pouze, bude-li společnost včetně jejích jednotlivých členů, schopna překročit konvence a stereotypy, nebude postižený vnímán jen pod zorným úhlem postižení, ať už s odmítáním nebo se soucitem. Každý člověk bez ohledu na svoji odlišnost od ostatních, musí být chápán jako člověk se svými specifickými kvalitami“ **(54)**.

1.1.2 Postižení jako stigma

Dle Goffmana termín stigma uvedli v život Řekové a to s úmyslem označovat jím tělesné znaky, aby vyšlo najevo cosi neobvyklého a špatného o morálním statusu označovaného. Tyto znaky upozorňovaly, že jejich nositel je osoba, jíž je radno se vyhýbat, a to zejména na veřejnosti. V období křesťanství se termín rozšířil o další dvě metaforické vrstvy: první odkazovala k tělesným znakům svatosti – rozkvetlé květy

na pokožce; druhá, jako lékařská narážka na tuto narážku náboženskou, poukazovala na tělesné znaky fyzické poruchy. Dnes se tento termín běžně užívá ve svém původním doslovném významu, vztahuje se spíše k hanbě samé než k jejímu tělesnému důkazu. Došlo navíc k posunům ohledně toho, jaké typy hanby budí pozornost (8).

Společnost ustavuje prostředky kategorizace osob a jejich komplementární atributy, jež jsou v souvislosti s příslušnými těchto kategorií vnímány jako běžné a přirozené. Rutina ve společenském styku v zavedených prostředích nám umožňuje styk s předvídanými druhými osobami, aniž tomu musíme věnovat zvláštní pozornost či úvahu. Když se pak před námi objeví cizí osoba, první dojem z ní nám velmi pravděpodobně poslouží k tomu, abychom předvídali její sociální identitu. Pokud tato cizí osoba vlastní atribut, který ji odlišuje od jiných osob z možné kategorie a je to atribut méně žádoucího rázu, naše mysl jej tak převede na osobu, jejíž hodnota klesla. Takovýto atribut je stigmatem. Někdy se mu také říká selhání, nedostatek nebo handicap (8).

Existují tři naprosto rozdílné typy stigmat. První typ jsou tělesné ošklivosti, různá tělesná znetvoření. Druhým typem jsou vady charakteru, které jsou vnímány jako slabá vůle, dominantní či nepřirozené vášně, falešná a nesmlouvavá přesvědčení a nepoctivost, které jsou dávány do souvislosti s duševními poruchami, uvězněním, zhoubnými návyky, alkoholismem, homosexualitou, nezaměstnaností, sebevražednými pokusy a radikálními politickými projevy. Posledním typem jsou kmenová stigmata rasy, národa a náboženství. Jsou to ta, jež se mohou šířit po rodových liniích a rovnoměrně „znečistit“ všechny členy rodiny. Ve všech těchto různých příkladech stigmat je jedinec nositelem charakteristického rysu, stigmatu, nežádoucí odlišnosti od toho, co jsme očekávali. Věříme, že osoba se stigmatem není tak docela člověkem. O tento předpoklad opíráme různé formy diskriminace a tím snižujeme její životní šance. Často nevědomky. V běžném hovoru používáme konkrétní stigmatizující výrazy jako mrzák, bastard nebo například imbecil. Máme sklon připisovat dané osobě celou řadu nedokonalostí na základě jedné původní. Obrannou reakci takovéto osoby na situaci můžeme navíc vnímat jako přímý výraz její vady, a pak vnímat jak její vadu,

tak i její reakci jako spravedlivou odplatu za cosi, čeho se ona, její rodiče či její skupina dopustili, a tím i jako ospravedlnění způsobu, jakým se k ní chováme (8).

Zdravotní postižení může být hodnoceno jako stigma. Novosad říká: „Stigma není skutečnou vlastností člověka, ale je mu přisouzeno v rámci postojů, typických pro danou společnost“ (31). Projevuje se způsobem, jakým jsou jedinci se zdravotním postižením společností vnímáni, hodnoceni, akceptováni či neakceptováni. Člověk s postižením přejímá postoje společnosti vůči svému handicapu, které větší či menší stigmatizaci zahrnují.

1.1.3 Terminologie užívaná v současnosti a její vývoj

Za normálních okolností existuje ve vztahu člověk – prostředí rovnováha². Stav rovnováhy tohoto systému se může porušit změnou jak funkčního potenciálu, tak změnou jeho životních podmínek a naopak nastalou dekompenzací lze kompenzovat zásahem jak na funkčním potenciálu, tak úpravou životních podmínek (17).

Pokud chceme vymežit pojem zdravotní postižení, musíme nejdříve vymežit pojem zdraví. Podle Tomeše je zdraví a nemoc předmětem sociální politiky (52). Nejvíce široce přijímaná definice zdraví je ta od Světové zdravotní organizace (WHO³). Vyjadřuje, že „zdraví je stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci“ (WHO, 1946). Na základě globální politiky WHO, jejímž prostřednictvím se postupně uplatňují hlavní zásady vize „Zdraví pro všechny“ byla v roce 1999 publikována verze této strategie nazvaná „Zdraví pro všechny v 21. století“, která byla zpracovaná do podoby regionálních strategií. V tomto dokumentu je původní, od roku 1946 nezměněná, definice zdraví WHO dále doplněna a rozvedena. Součástí tohoto doplnění je konstatování, že původní text této definice vymezuje zdraví jako ideální stav. Protože však toto vymezení je příliš obecné a neumožňuje objektivní měření zdraví, uvádí tento dokument operacionalizovanou verzi užšího vymezení

² homeostáza

³ World Health Organisation

zdraví, jako „snížení úmrtnosti, nemocnosti a postižení v důsledku zjištělných nemocí nebo poruch, a nárůst pocíťované úrovně zdraví“⁴.

Determinanty, které ovlivňují zdraví jsou :

- vnitřní vlivy – neovlivnitelné (genetický základ, vrozené dispozice, věk, pohlaví)
- vnější vlivy – ovlivnitelné (životní styl, životní prostředí, lékařská péče).

Již dlouhou dobu si lékaři a pracovníci ve zdravotnictví uvědomují, že totéž onemocnění, úraz nebo vrozená vada, respektive diagnóza může mít velmi různorodé následky a naopak tentýž následek může být zapříčiněn různými diagnózami. Čím úspěšnější je medicína, tím narůstá množství problémů a tedy se zvyšuje počet pacientů, kterým zůstanou následky onemocnění, úrazů nebo vrozených vad. Tyto následky nejsou již otázkou diagnostiky a akutní terapie, ale jsou doménou rehabilitace, tedy sekundární prevence (rehabilitace aktivizuje pacienty, aby nevznikly následky onemocnění) a terciální prevence (minimalizace následků eventuelní umožnění života i s těžkým zdravotním postižením s poměrně dobrou kvalitou života a důstojně – patients with severe disabilities). Nezbytné je obtíže těchto pacientů registrovat a systematicky poskytovat pacientům se zdravotním postižením potřebnou individuální rehabilitaci a zajistit jim co možná nejvyšší stupeň funkční nezávislosti. Jde tedy o deinstitucionalizaci. K pochopení celého problému se podařilo definovat tři základní pojmy:

- Impairment⁵ = ztráta nebo abnormalita psychologické, fyziologické nebo anatomické stavby nebo funkce
- Disabilita⁶ = porucha na úrovni funkcí osobnosti, tedy to, co člověk nemůže dělat pro následek poruchy
- Handicap⁷ = omezení, které ztěžuje nebo znemožňuje určitému jedinci splnit roli, která by mu příslušela

⁴ V anglickém originále je tato druhá, praktičtější orientovaná definice zdraví formulována takto: „The reduction in mortality, morbidity and disability due to detectable disease or disorder, and an increase in the perceived level of health” (WHO, 1999).

⁵ Vada, porucha

⁶ Postižení, omezení, ztráta schopnosti

⁷ Znevýhodnění

Tak byla koncipována první verze klasifikace „International Classification of Impairment, Disability and Handicap“ (IC IDH) publikována WHO v roce 1980 a vztahující se k následkům nemocí, úrazů a vrozených vad, kterou v České republice známe pod názvem Mezinárodní klasifikace poruch, disability a handicapů (15).

„Handicap“ neboli znevýhodnění je v podstatě projekce osobních problémů způsobených „disabilitou“ do společenské roviny. Záleží zejména na společnosti a jejích prioritách, jak je schopna se o lidi se zdravotním postižením postarat.

Jesenský k lepšímu pochopení sociální podstaty postižení zavádí termín „postižený defektivitou“, který je do značné míry ekvivalentem mezinárodně užívaného termínu handicap. Pracuje s pojmy defekt a defektivita.

Defekt je poškození, které se projevuje vadami v anatomické skladbě nebo poruchami ve funkcích organismu. Navenek je zjevný odchylkami ve vzhledu a výkonnosti postiženého. Může měnit stav a schopnosti postiženého člověka, způsobuje neschopnosti - disaptibility a znevýhodnění – handicap, vyvolává specifické potřeby zdravotně postižených, nemusí být však překážkou plnění úkolů a cílů, které si klade jedinec nebo požaduje společnost.

Defektivita je druhotný následek defektu. Představuje odchylky v průběhu psychických procesů, odchylky ve vývoji schopností (disability), odchylky ve vztahu k sobě a k prostředí, změny ve vývoji osobnosti. Za rozhodující se považuje sociální dimenze, tzn. vymezení, jak tyto odchylky přijímá nebo nepřijímá zdravá veřejnost, jak postižený přijímá svůj handicap.

K charakteristickým rysům defektivity patří :

- ne vždy přímá úměrnost stupni defektu
- působnost velmi různých činitelů (multifaktorový charakter) zčásti závislých a zčásti nezávislých na postižení (vnitřní a vnější faktory)
- velká nevyrovnanost intenzity a rozsahu působením činitelů (multidimenzionální charakter), tzn., že má proměnlivý (dynamický) charakter, který může individuálně různě kolísat (od intenzivního projevu až k úplnému překonání, ale i k opakování – recidivám)
- tendence k setrvání – rezistenci (potencionální permanentnost)

- specifické znaky odlišnosti z hlediska druhu defektu
- odstranitelnost.

Jesenský uvádí, že „v defektech se zdravotně postižení navzájem odlišují, v defektivitě (disaptibilitách a handicapech) se navzájem přibližují“ (17). Dále se zmiňuje, že „k výrazným prostředkům překonávání defektivit patří kompenzace, reedukace a postupy směřující k integraci“ (17).

Dle odborných připomínek vědeckých skupin z celého světa a na základě změny na neutrální terminologii byla v roce 1997 vydána další verze (ICIDH –2). Termín „disabilita“ byl nahrazen termínem „aktivita“ a termín „handicap“ termínem „participace“. Byla zde zavedena nová dimenze „prostředí“ (environment), která mnohem podrobněji hodnotí společenské prostředí, jež je buď facilitující nebo bariérové.

V roce 1999 byla vydána další verze, ve které je uvedena jedna z posledních definic rehabilitace dle WHO: „Rehabilitace je organizace a služby ke zlepšení, udržení a oddálení zhoršení fyzických, psychických, sociálních a pracovních aktivit a pomáhající lidem dosáhnout jejich plného potenciálu a optimálního stupně nezávislosti“.

Poslední verze byla přijata v květnu 2001 a zaměřuje se na systém ucelené rehabilitace. Celá klasifikace je výsledkem hledání o co nejobektivnější pojetí a co nejsrozumitelnější definování jednotlivých pojmů této moderní koncepce rehabilitace. Tato klasifikace se používá také v systému zdravotního pojištění, ošetrovatelské péče, v oblasti objektivizace potřebných technických pomůcek, ale i v oblastech mimo zdravotnictví, např. pojišťovnictví, sociálním zabezpečení, v pracovním zařazení, vzdělávání, ekonomice, sociální politice. Také v celkovém legislativním rozvoji a modifikaci prostředí. Terminologie klasifikace byla akceptována OSN a je včleněna do Standardních pravidel vyrovnávání příležitosti osob se zdravotním postižením.

Jak již bylo uvedeno, termín zdravotní postižení je obecný. Zahrnuje tělesné, smyslové, mentální, sociální či jiné postižení.

Termín „občan těžce zdravotně postižený“ se objevuje v zákoně teprve od roku 1975, a to ve vztahu k sociálním dávkám⁸.

Ve starším pojetí se postižení chápe všeobecně jako kategorie, v novějším pojetí spíše jako dimenze. Jankovský mluví o postižení jako o „dimenzi, jež dává lidskému životu určitý rozměr (kvalitu)“ (14). Na diagnostikovanou vadu následovalo určité opatření, nyní to jsou specifické potřeby a podpůrná opatření.

Ani v současnosti však nejsou diskuse, týkající se terminologie, u konce. Vedle dosud užívaného názvu zdravotně postižený občan se stále častěji objevuje označení jedinec /dítě/žák/mladistvý se zdravotním postižením. Lze říci, že termín „osoba se zdravotním pojištěním“ je termín, který jednoznačně odděluje osobu od jednoho z jejích znaků. Před sebou vidíme především člověka, kterému je nutno vyjít vstříc v jeho specifických potřebách, ale který je jinak, tam, kam jeho zdravotní postižení nesahá, zcela roven ostatním členům společnosti. Tato zdánlivě nedůležitá terminologická změna by měla napomoci snadnější reflexi celistvé osobnosti jedince, který je až následně specifikován termínem postižení.

B. Titzl navíc pojem člověk s postižením nahrazuje dnes termíny člověk znevýhodněný, člověk se speciálními potřebami. K tomu dochází podle jeho mínění především z těchto důvodů :

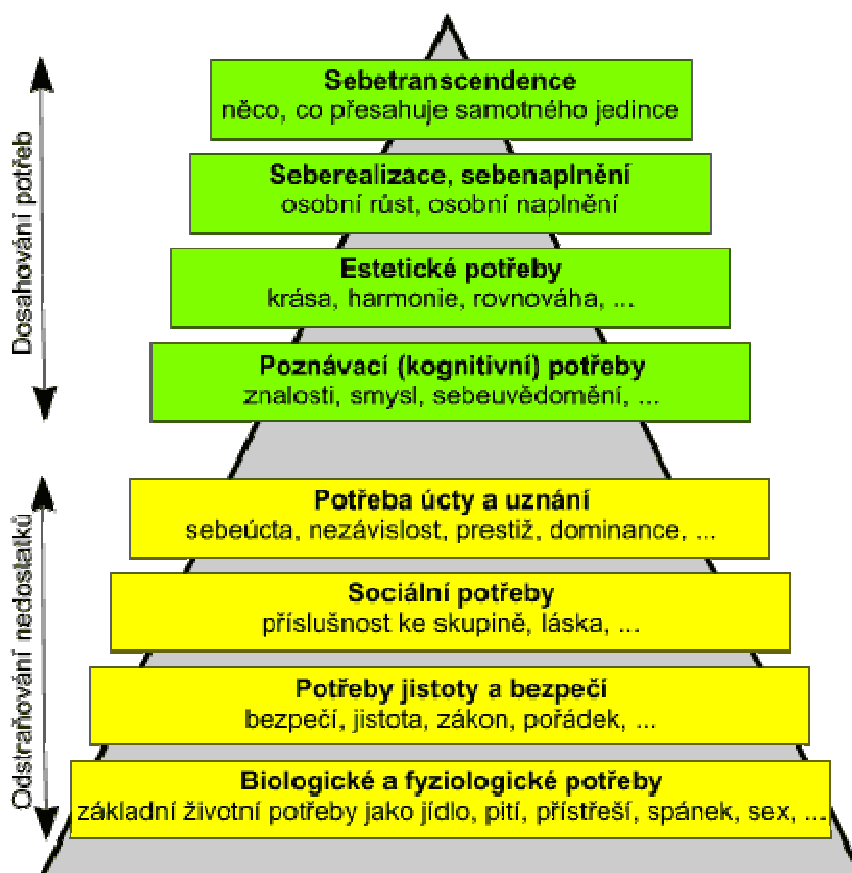
1. Nastal posun ve formálně-právním posuzování postavení lidí s postižením. Nejsou pouze předmětem péče společnosti, ale přispívají také k její rozrůzněnosti.
2. Tito lidé nejsou jiní, mají jen v různých fázích svého života jiné potřeby. Tím, jak společnost pokračuje v sanaci těchto potřeb, je klasifikována společnost, nikoliv postižení.
3. Termíny „znevýhodněný“ nebo „se speciálními potřebami“ jsou pojmy podstatně širší než je pojem „postižený“ a zahrnují i jiné členy společnosti než lidi postižené zdravotní vadou.

L. Novosad rozpracovává tuto problematiku ještě podrobněji a zabývá se i těmito novými pojmy, jako „specifické potřeby“, speciální potřeby“, „zvláštní potřeby“ apod.

⁸ Do té doby se, zejména po 1. světové válce, užíval termín váleční poškození a invalidé.

Všechny uvedené pojmy mají, dle jeho názoru, jedno společné – vzbuzují totiž dojem, že lidé s postižením mají nějaké mimořádné, prioritní potřeby, že prostě vyžadují něco navíc. A klade si tedy otázku, zda mají tito lidé doopravdy potřeby specifické. Ve své práci uvádí, že lidé s postižením mají tytéž potřeby jako ostatní, jak je popisuje například známá Maslowova hierarchie potřeb⁹, která je výstižným modelem potřeb každého z nás (31).

Obr. 1: Maslowova hierarchie potřeb



Může ovšem nastat situace, kdy jedinec pro své funkční nebo orgánové postižení nemůže některé z těchto významných lidských potřeb realizovat obvyklým způsobem. Brání mu v tom tělesná vada, chronické onemocnění, smyslová vada, snížená mentální

⁹ Než se potřeby, které jsou umístěné v hierarchii výše, stanou důležitým zdrojem motivace, musí být přinejmenším částečně uspokojeny potřeby, jež leží níže (Maslow, 1970) (1).

úroveň nebo psychická nemoc. Podle Vysokajové, „pokud tyto potřeby nejsou uspokojeny, je třeba činit příslušná opatření, aby uspokojeny být mohly, protože jde o právo a nikoliv o milost“ **(60)**.

Důležité je uvědomit si, že lidské potřeby jsou přirozenou součástí každé osobnosti, rozdíl je jen v tom, jakým způsobem může jedinec tyto potřeby uspokojovat, přičemž někteří k tomu potřebují pomoc druhé osoby.

Hledání označení pro popsání okruhu lidí, které není stigmatizující a etiketizující, vede k vizi „Anti – Menschbild“, která odmítá jakoukoliv klasifikaci, a je tudíž stále více v popředí zájmu většiny zainteresovaných osob **(31)**.

Na konferenci „Zdravotně postižení – programy 21. století“, která se konala od 10. do 12. října 2003, ve svém vystoupení zmiňuje J.Jesenský prosazování termínu „člověk se specifickými potřebami“. Uvádí, že tento termín respektuje lidskou důstojnost a současně evokuje představu o svobodně volených a poskytovaných službách nebo otvírá prostor pro aktivitu samotného postiženého v podstatě větším rozsahu, nežli je tomu u termínu péče, navozujícího představu opatrování pasivního postiženého člověka. Protože termín člověk se specifickými potřebami je termín opisný, který neodhaluje strukturu podstaty a je navíc poměrně neoperativní, v odborných i laických kruzích a v legislativě se rozšířilo používání termínu zdravotně postižený, resp. člověk se zdravotním postižením **(18)**.

1.1.4 Statistická data

Podle odhadu OSN [statistiky WHO] je dnes na světě přes 500 milionů lidí se zdravotním postižením, přičemž jejich počet stále vzrůstá. Ve většině zemí je nejméně jedna osoba z deseti postižena mentální, fyzickou nebo smyslovou poruchou.

Vysokajová uvádí, že v České republice žije zhruba 1 200 000 osob se zdravotním postižením. Z toho :

- 60 000 osob se zrakovým postižením
- 300 000 osob se sluchovým postižením
- 60 000 osob má poruchy řeči
- 1 500 osob jsou slepohluché

- 300 000 osob má mentální postižení
- 480 000 osob jsou diabetici
- 150 000 osob jsou po cévních a mozkových příhodách
- 140 000 osob má epilepsii
- 100 000 osob jsou duševně nemocní

Kromě uvedených postižení však existuje ještě značné množství osob statisticky nepodchycených. Jsou to osoby trpící onkologickými onemocněními, roztroušenou sklerózou, Parkinsonovou chorobou, dermatózami, fenylylketonurií, vývojovými poruchami atd.¹⁰ (60).

1.2 Integrace a integrační bariéry

S tím, jak dochází postupně ke změně terminologie, mění se též pohled a postoj společnosti k lidem se zdravotním postižením.

V minulosti vždy převládala tendence pohlížet na lidi se zdravotním postižením jako na jakási stigmatizovaná individua, která se snažila společnost izolovat, segregovat a ukryt tak před zraky veřejnosti. Osoby se zdravotním postižením se tradičně setkávaly s omezeními, byly vystavovány nerovnému zacházení ve srovnání se zdravými jedinci a často byly odkazovány do pozice bezmocnosti. Ta byla výsledkem stereotypních předpokladů a domněnek, jež reálně jejich individuální schopnosti nevystihovaly. Tak se těmto osobám upírala možnost zapojit se aktivně do společnosti a být pro ni pozitivním přínosem. I když v průběhu doby došlo k určitým zlepšením, zůstává diskriminace těchto lidí v řadě zemí vážným sociálním problémem. V našem státě se začalo na porušování lidských práv občanů se zdravotním postižením otevřeně poukazovat teprve od počátku devadesátých let.

16.6.2004 vláda ČR schválila svým usnesením č.605 „Střednědobou koncepci státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením“ a v návaznosti na tuto koncepci rozhodla 30.6.2005 o vypracování „Národního plánu pro podporu integrace občanů se zdravotním postižením pro období 2006 – 2009“. Z něho se odvíjejí další činnosti, které

¹⁰ Z přehledu není patrné, zda autorka uvádí osoby s kombinovanými vadami, respektive do jaké skupiny je řadí.

se týkají problematiky osob se zdravotním postižením. 17.8.2005 byl tento plán přijat a 27.6.2007 byl aktualizován. Tomuto plánu předcházely 3 národní plány, které také měly přispět ke zlepšení postavení osob se zdravotním postižením ve společnosti. Jednalo se o tyto plány:

1. Národní plán pomoci zdravotně postiženým občanům (usnesení vlády č.466, 1992)
2. Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení (usnesení vlády č.493, 1993)
3. Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením (usnesení vlády č.256, 1998)

Podle Standardních pravidel pro vyrovnání příležitosti pro osoby se zdravotním postižením¹¹, by osoby se zdravotním postižením měly mít stejné možnosti jako ostatní při uplatňování svých práv a plnění povinností. Každý člověk má právo být aktivním členem komunity, která je součástí širšího sociálního celku **(60)**. Nicméně práva, která zaručuje Všeobecná deklarace lidských práv, platí v mnohých bodech pouze de jure, ale de facto se mnohdy v oblasti zaměstnanosti, vzdělávání, služeb, dopravy, ve sféře informací, v otázkách rodinného života a bydlení s jejich naplněním nesetkáváme.

Proto účastníci Evropského kongresu o osobách se zdravotním postižením (Madrid, březen 2002) vyjádřili svou vizi v tzv. „Madridské deklaraci“ (Příloha 1).

1.2.1 Charakteristika pojmu integrace, její modely a klasifikace

Integrace do společnosti patří k základním podmínkám rozvoje osobnosti. Míra integrace je podmiňována mírou nezávislosti. Pojem integrace má řadu definic a otevírá nám široké spektrum oblastí, kde integrace probíhá.

Integrace zdravotně postiženého je dynamický proces, který se vyznačuje plným začleněním postiženého do společnosti. „Předpokládá samostatnost, nezávislost jedince, jenž nevyžaduje žádné ohledy nebo přístupy ze strany přirozeného prostředí“ **(31)**. Tento proces je ovlivněn mnoha faktory.

Jesenský říká, že „integrace postižených je stav, soužití postižených a intaktních, stav kdy „žijí jeden pro druhého“ (Kohen – Raz, 1990), je to stav, kdy se samotný

¹¹ Valné shromáždění OSN, 28. 10. 1993

postižený nepovažuje za zvláštní součást společnosti a kdy intaktní společnost nepocituje postiženého jako zvláštní součást, tzn., kdy se totálně (zcela) naplnila vzájemná sociální adaptabilita (přizpůsobení) a úplně ustoupila defektivita. Stav integrace docílíme rozvojem osobnosti, socializací (resocializací) a enkulturací postiženého. Z hlediska rehabilitace je integrace jedním z jejich cílů“ (17).

Pro integraci je dle Jesenského charakteristické :

- že není závislá na odstranitelnosti defektu
- že je závislá na odstranitelnosti defektivitu (disaptability a handicapu)
- že má dynamický (proměnlivý) charakter, tzn., že není soustavně v zenitu (na vrcholu) a permanentně (neustále) hrozí její regres (ústup)
- že se zpravidla dosáhne jenom za podmínek speciálních rehabilitačních, výchovně vzdělávacích, enkulturačních a ergonomických opatření
- že předpokládá vysoké stupně schopností seberehabilitace, sebevýchovy a seberealizace
- je zpravidla závislá i na úpravě materiálně technických podmínek existence postiženého člověka
- její úroveň lze odstupňovat.

1.2.2 Integrační bariéry

V procesu integrace osob se zdravotním postižením do společnosti se musíme především zaměřit na podchycení a rozvíjení uchovaných schopností a následně i jejich rozvoj. Proto se musíme snažit odstranit bariéry, které jim v uplatnění jejich schopností brání. Tyto bariéry jsou nejen fyzické, ale i psychické. Psychické bariéry jsou u osob zdravých i s postižením. Zdraví lidé mnohdy nevědí, jak jednat s osobami, která mají zdravotní postižení a osoby s postižením se zase mnohdy stydí o pomoc si říci. Fyzické bariéry jim situaci ztěžují.

Fyzické bariéry jsou reálná omezení v prostředí, která komplikují nebo zcela znemožňují pohyb osob s postižením. Zhoršují schopnost osoby s postižením vyrovnat se se svou realitou. Problém narůstá přímo úměrně s věkem člověka. V odstraňování fyzických bariér může svým přístupem pomoci každý z nás už jenom tím, že si uvědomí

svoji zranitelnost a pomíjivost. Výraznou úlohu však sehrávají všichni ti, kteří se spolupodílejí na tvorbě našeho životního prostředí, např. projektanti, architekti, úředníci aj. Neméně důležitou skupinou jsou sociální pracovníci, kteří pracují na odborech sociální péče obecních úřadů. Ti by měli poskytnout lidem s postižením komplexní informace, jak jim lze usnadnit situaci, na co mají nárok a na koho se mohou v případě potřeby obrátit.

Psychické bariéry jsou jak v lidech bez zdravotního postižení, tak také v samotných lidech se zdravotním postižením. Jsou dlouhodobě zakotveny na obou stranách. Jejich odstraňování je otázkou změny přístupu, opuštění stereotypních postojů a ve vzájemném porozumění.

Postoje ve své konečné podobě nejsou člověku vrozené, ale vytváří se učením a jsou výrazně podmíněny sociokulturními vlivy prostředí, ve kterém jedinec (jedinci) žijí (54).

Představujme si lidi s postižením jako aktivní členy společnosti. Když hovoříme o tom, co lidé s postižením mohou dělat otevíráme tím dialog.

Zásady takového dialogu jsou:

- Nepoužívejme zobecňující nálepky, ale zdůrazňujme člověka.
- Na prvním místě jsou lidé, nikoliv jejich postižení. Klademe důraz na osobnost jednotlivce a ne na jeho funkční vymezení.
- Zdůrazňujme dovednosti, nikoliv omezení.
- Nezaměřujme se na postižení.
- Nepopisujeme úspěchy lidí s postižením jako nadlidské, tím bychom mohli vytvářet klamná očekávání, že všichni ostatní lidé mohou této úrovně dosáhnout.
- Nepředstavujme jednotlivce s postižením jako nemocné.
- Mluvme-li o lidech bez postižení, mluvme o nich jako o lidech bez postižení, než abychom používali pojem normální nebo zdravý člověk.

Handicap není synonymem postižení. Označuje znevýhodnění vytvářené společností, prostředím či jednotlivci. Pro člověka na vozíku není v budově s bariérami handicapem jeho fyzické postižení, ale schody.

1.2.3 Komunikační aspekty integrace

Jedním z kroků může být i změna přístupu v komunikaci k lidem s jakýmkoliv, nejen zdravotním postižením. Komunikace je součástí všech kulturních procesů. M. Malý dochází k názoru, že humanistická idea integrace stojí a padá s problémem komunikace **(45)**.

Možnost komunikace je jednou ze základních potřeb člověka, bez uspokojivých komunikačních dovedností je člověk izolován. Člověk s postižením je často komunikačně znevýhodněn, nemůže si vybudovat tak rozsáhlou komunikační síť jako člověk bez postižení. V rámci své komunikační sítě nemůže vždy přejímat komunikační úlohy podle aktuálních nároků situace a podle svých vlastních aktuálních představ a potřeb. Komunikační znevýhodnění je někdy způsobeno již tím, že lidé bez postižení nejsou s komunikačními zvláštnostmi postiženého obeznámeni a používají s ním nevhodné komunikační strategie.

Bez zajištění komunikačních kompetencí lidí bez postižení a s postižením pro vzájemnou komunikaci jsou integrační snahy bezúčelné. Integraci osob s postižením lze také chápat z hlediska komunikace jako možnost plnit podle vlastního uvážení a v souladu s vlastními společenskými zájmy stejné nebo alespoň srovnatelné funkce ve společnosti, jako lidé bez postižení.

Speciální komunikační kompetence přesahuje u lidí bez postižení rámec běžné, částečně zautomatizované komunikační kompetence v mateřském jazyce. Jak od lidí s postižením, tak od lidí bez postižení jsou v tomto případě vyžadovány speciální komunikační strategie **(16)**.

1.2.4 Síla řeči

Řeč v užším slova smyslu, tedy řeč mluvená, hraje hlavní roli nejen přímo mezi jednotlivými osobami, ale je také hlavním předpokladem pro fungování komunikačních systémů, například telefonu, rozhlasu, televize, počítačové multimediální sítě **(23)**. Když používáme nevhodná slova, posilujeme překážky vzniklé negativními a stereotypními postoji. Nazýváme-li lidi s postižením termínem jejich lékařské diagnózy, ponižujeme a vyřazujeme je jako členy lidského rodu. Označení postižení je

sociopolitický problém umožňující přístup ke službám. Až příliš dlouho byly tyto výrazy užívány jako nálepka určující hodnotu a význam takto označeného člověka. Chceme-li, aby lidé s postižením byli úspěšní, nesmíme jim stavět do cesty překážky, jakými jsou právě takové nálepky.

Mají-li lidé s postižením být integrováni do společnosti ve všech aspektech – v běžných, krásných a obvyklých aktivitách, které většina lidí bere jako samozřejmost, musí o sobě mluvit běžnou, krásnou a obvyklou řečí, jakou o sobě mluví ostatní.

Děti s postižením jsou v první řadě děti, jediná označení, které potřebují, jsou jejich jména! Rodiče o nich nesmí mluvit termíny používanými lékařskou praxí. Rodič dítěte, které nosí brýle a jehož diagnóza je myopie, neřekne : „Má dcera je myopická.“ Tak proč rodič s dítětem, které má diagnózu autismus říká : „Má dcera je autistická?“

Příklady použití vhodných jazykových prostředků - říkejme:

- lidé s postižením namísto postižení nebo hendikepování
- má mentální postižení namísto je mentálně retardovaný
- má autismus namísto je autistická
- má Downův syndrom namísto je Downik
- má fyzické postižení namísto je quadruplegik
- je malý namísto je trpaslík
- používá kolečkové křeslo namísto je odkázána na kolečkové křeslo
- děti bez postižení namísto normální nebo zdravé děti
- vrozené postižení namísto vrozená vada
- poranění mozku namísto poškozený mozek
- ona potřebuje ..., ona používá ..., namísto má problém s ...

Hnutí za lidská práva pro občany s postižením jde ve stopách hnutí za lidská práva z 60. let a hnutí za práva žen ze 70. let 20. stol. Zatímco lidé s postižením a jejich obhájci se snaží skončit s diskriminací a segregací ve výchově, zaměstnání a společnosti vůbec, my všichni se musíme snažit vyloučit „jazyk předsudků“, který tvoří neviditelnou přehradu zapojení lidí s postižením do hlavního proudu života.

Musíme se zbavit slova „problém“ v našem slovníku, když mluvíme o potřebách lidí! Je třeba si uvědomit, že to co nazýváme problémem, je vlastně potřeba.

Pokud by vychovatelé a společnost všeobecně vnímali děti s postižením jako jedince s možností učit se, kteří mají potřebu stejné výchovy jako jejich bratři a sestry, kteří mají budoucnost v práci v dospělosti, nemuseli bychom bojovat za integrovanou výchovu.

Pokud by zaměstnavatelé a společnost všeobecně uvěřili, že lidé s postižením mají cenné pracovní návyky a mohou přispět k úspěšnému podnikání, nemuseli bychom bojovat za reálná zaměstnání za reálnou mzdu v reálné společnosti.

Pokud by majitelé obchodů a společnost všeobecně viděli lidi s postižením jako konzumenty, kteří si mohou za své peníze nakupovat, nemuseli bychom bojovat za bezbariérové vstupy a další možnosti.

Použití výrazu „hendikepovaný“ nebo dokonce „postižený“ vyvolává obvykle negativní pocity a tvoří stereotypní dojem, že lidé s postižením jsou všichni stejní. Všichni hnědovlasí přece nejsou stejní. Všichni lidé s postižením nejsou stejní. Ve skutečnosti lidé s postižením jsou více podobní lidem bez postižení, než od nich odlišní. Komunita lidí s postižením je největší menšina. Jsou v ní lidé obou pohlaví a různého stáří, lidé různých náboženství, etnických skupin a socioekonomických vrstev. Zvláštností této menšiny je, že je to jediná menšina, do které se kdokoliv a kdykoliv může dostat ve zlomku vteřiny při nějakém úrazu.

1.2.5 Psychologie komunikace

Každá lidská komunikace je ovlivněna mentálními reprezentacemi účastníků a to jak uvědomovanými, tak mimovědomými, stereotypizovaným posuzováním druhých lidí, kontextem či řadou kontextů komunikace a celkovými sebepojetími jednotlivých účastníků.

Vybíral uvádí, že „možnosti, kterými člověk disponuje v komunikaci a kterých může využít i zneužít, souvisejí na jedné straně s kvalitou jeho individuálního života (s jeho vlastní svébytností, charakterem, svědomím, dovednostmi), na straně druhé - v makroměřítku, s civilizačními změnami a převratnými momenty historie lidstva.

Člověk je v tomto směru bytostí nadanou rozsáhlými možnostmi: může komunikováním měnit sám sebe, své bližní – i zásadně pozměnit svět. Slova bývají činy ...“ (57). Také říká, že potřeba komunikovat, dělit se o zážitky a sdílet je, jeví se jako jedna ze základních potřeb člověka. „Každou potřebu sytí již možnost a naopak frustruje nemožnost ji uspokojit“ (57).

1.2.6 *Komunikační kompetence*

Komunikační kompetence označuje schopnost člověka předat někomu zprávu přijatelně rychle a správně, s využitím toho, co člověk posoudí jako nejpřiměřenější kódující znaky. Dle Tondla (1996) nejobecněji vyjádřeno: „kompetencí ... rozumíme schopnost účastníka komunikace v dostatečné míře zvládnout příslušné soustavy pravidel a tyto soustavy využít ...“ (57).

Kompetence není jen technická záležitost, která je postavená na vybavenosti účastníka, rychlosti a dovednosti vybírat kódy, ale především je ovlivňována sebepojetím a sebevědomím, které ji zvyšuje či snižuje. Vlastní kompetenci odhaduje každý člověk sám a úspěchy či neúspěchy z předchozích komunikačních výměn sebehodnocení zvyšují, či naopak snižují. Termín komunikační kompetence se používá při práci s lidmi, kteří mají nějaké zdravotní postižení. Označuje základní předpoklady pro komunikaci. Například člověk těžce sluchově postižený je nekompetentní k tomu, aby komunikoval s lidmi bez postižení stejně hodnotně jako oni. Schází mu soubor základních předpokladů. Tondl s odkazem na lingvistiku se zmiňuje ještě o jednom druhu kompetence, a sice o „absorpční kapacitě“ příjemce zpráv. V tomto smyslu se nekompetentním adresátem stává ten, kdo má malou kapacitu „na příjmu“, slyšené přesahuje jeho „kapacity rozumění“, je zavalen informacemi, už se nedokáže soustředit, už nás neposlouchá, atd. (57).

Znalost komunikačních dovedností ve významné míře určuje biologickou, sociální a duševní existenci jedince (38).

1.3 *Rehabilitace*

Novolatinský pojem „*rehabilitace*“ byl zaveden v 19.století (56). U nás se objevil po 2. světové válce jako import z USA (15). Ve vyspělých zemích se rozvinul jako politický postoj státu k osobám se zdravotním postižením. Je zakotven v mnoha nadnárodních deklaracích a dohodách, jejichž signatářem je i Česká republika.

Ve slově „*rehabilitace*“ slyšíme dva latinské výrazy. Předponu „*re-*“ chápeme nejen jako slůvko pro opakování, ale v tomto smyslu také jako „*znovunabytí*“. Slovo „*habilitace*“ nebo „*habilitovat*“ známe i z akademického života („*habilis*“ – vhodný, zručný). V tomto případě však je základem spíše výraz „*habitus*“ – postava, držení těla nebo zevnějšek). Proto slovo „*rehabilitace*“ je překládáno jako „*znovunabytí dřívějších schopností*“ .

Pojem rehabilitace není v právním řádu České republiky dosud jednoznačně vymezen. V různých dokumentech či právních předpisech mu často bývá přiřazován odlišný obsah, a to i přesto, že v řadě mezinárodních dokumentů je jasně vymezen (15). Definice WHO 2001: Rehabilitace je obnova nezávislého a plnohodnotného tělesného a duševního života osob po úrazu či nemoci, nebo zmírnění trvalých následků nemoci či úrazu pro život a práci člověka.

Pro účely lepší srozumitelnosti se proto v ČR užívá nestandardního pojmu ucelená rehabilitace. Některé vládní dokumenty¹² již pojem ucelená rehabilitace používají (15). Rehabilitace ve smyslu tzv. „ucelené“ rehabilitace je vnímána jako celospolečenský proces a představuje koordinovanou činnost všech složek společnosti s cílem zařadit člověka se zdravotním postižením do aktivního společenského života. Dalo by se říci, že se jedná o vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, jehož základní náplní je co nejvíce minimalizovat přímé i nepřímé důsledky trvalého nebo dlouhodobého zdravotního postižení jedince.

Důležité je zdůraznit integritu a celistvost osobnosti člověka. Lidskou bytost vnímáme jako bytost bio-psycho-sociální. Chápáno je to tak, že ačkoliv se osobnost skládá z několika dimenzí, resp. vrstev, přesto tvoří integrální jednotu. Právě tento

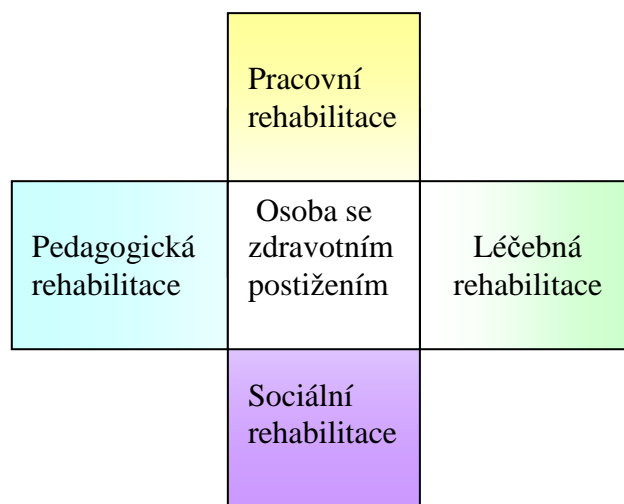
¹² Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením (schválený usnesením vlády ČR č.256 ze dne 14. dubna 1998), Národní plán zaměstnanosti (schválený usnesením vlády ČR č.418 ze dne 5.května 1999)

pohled umožňuje vnímat rehabilitaci uceleně. Rehabilitace se týká nejen lidí, kteří původně žili a vyvíjeli se jako zdraví jedinci a teprve v důsledku onemocnění nebo úrazu byli vyřazeni ze svých každodenních dynamických stereotypů, ale také těch jedinců, kteří se s postižením již narodili, případně s ním žijí od raného věku. (14).

Poskytování rehabilitace musí být včasné, plynulé a koordinované úsilí. Jankovský mluví o uceleném interdisciplinárním systému, na němž participuje multidisciplinární tým odborníků. Je to multidisciplinární dynamický proces, který není závislý jen na medicínských oborech, ale výrazně zasahuje i do ostatních oborů. Uvádí, že dochází k velmi intenzivní kooperaci a vzájemnému prolínání nejen s pedagogikou, psychologií a různými obory medicíny, ale také se sociálně právními vědami a filozofií. Dotýká se základních filozofických otázek vyžadujících univerzální přístup, jako je např. smysl bytí, existenciální a zejména pak axiologické otázky¹³ (14).

Jesenský zase užívá pro ucelenou rehabilitaci termínu komperhenzivní rehabilitace a člení ji podle zaměření při plnění úkolů, ale také podle jednotlivých institucí a prostředků, které jsou při ní aplikovány, na čtyři hlavní složky:

- rehabilitace léčebná
- rehabilitace sociální
- rehabilitace pedagogická
- rehabilitace pracovní



V rámci jednotlivých oblastí rehabilitace by se měla garantovat ta rehabilitační opatření, která vedou:

- k dosažení optimální úrovně zdravotního stavu, popř. k jeho příznivé stabilizaci
- k maximální možné nezávislosti v osobním životě

¹³ Otázky týkající se hodnot

- k uskutečnění přípravy pro vhodné pracovní uplatnění, je-li to možné.

Poskytování rehabilitace osobám se zdravotním postižením se musí řídit základními zásadami, kterými jsou:

- včasnost, dostupnost, komplexnost, návaznost a koordinovanost
- individuální a interdisciplinární posouzení a zhodnocení potřeb a rozsahu rehabilitace o daného jedince
- jednoznačné a přehledné vymezení postavení uživatelů a poskytovatelů rehabilitace
- vymezení koordinační a podpůrné funkce zvláštních rehabilitačních orgánů¹⁴.

Slovo rehabilitant má pozitivní psychologický náboj, ale někdy se také používá výrazu klient, občan nebo pojištěnec **(36)**.

MPSV předložilo v červnu 2004 vládě návrh zákona o ucelené rehabilitaci osob se zdravotním postižením. V rámci připomínkového řízení zmizel pojem „ucelená rehabilitace“ a byl nahrazen jednodušším pojmem – rehabilitace. Ten stejně jako předcházející pojem zahrnuje léčebnou, sociální, pedagogickou i pracovní rehabilitaci. Přípravu zákona o rehabilitaci má na starosti oddělení prevence sociální a zdravotní diskriminace. Svůj postup konzultuje s resorty zdravotnictví a školství, tak i se zástupci zdravotně postižených. Ukazuje se, že je velkým problémem upravovat v jednom předpise problematiku, která zasahuje do více resortů. Oblast rehabilitace se dotýká mnoha právních předpisů. Zatím není dostatečně zajištěna spolupráce a návaznost v různých oblastech rehabilitace. Zákon by měl zakotvit právo osob se zdravotním postižením na ucelenou rehabilitaci a definovat ty vazby poskytovatelů a uživatelů rehabilitace, které stávající normy neupravují vůbec nebo je upravují pouze částečně. Jde o některá práva a povinnosti uživatelů i poskytovatelů a o stanovení orgánů, které by monitorovaly poskytování rehabilitace a dohlížely na její koordinaci a provázanost. Dosud žádný předložený návrh zákona o rehabilitaci nebyl schválen.

Podle OSN je kvalita úrovně rehabilitace kritériem kulturní úrovně společnosti.

¹⁴ Rehabilitace osob se zdravotním postižením, tisková zpráva MPSV, 3.6.2004.

1.3.1 Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace je nedílnou součástí rehabilitačního procesu. Je to komplex medicínských preventivních, diagnostických a terapeutických opatření, směřujících k obnovení maximální funkční zdatnosti jedince postiženého na zdraví. Jesenský o ní mluví jako o významné složce rehabilitace ucelené, která je zaměřena jednak na odstranění postižení a funkčních poruch a dále na eliminaci následků zdravotního postižení, včetně jeho sociální dimenze. Dále uvádí její rozdělení podle Pfeiffera a Votavy na:

- vertikální, která vede k obnovení původního stavu organismu
- horizontální, která je dlouhodobá a řeší problematiku poškození majících závažný a chronický charakter.

Jednotlivé prvky léčebné rehabilitace jsou nedílnou součástí všech etap a forem zdravotní péče prakticky všech klinických oborů, propojují se či prolínají s vlastním léčením. Dobře a promyšleně prováděná rehabilitační péče přispívá ke zkrácení doby nemoci, urychluje návrat do běžného života, případně do zaměstnání. Tím vede nejen k redukci nákladů na léčbu, ale i odvozených nákladů v sociální sféře např. zkrácení doby poskytování dávek v nemoci, kompenzační pomůcky. Nezanedbatelné je i snížení sociálně – ekonomické zátěže státu, která je spojena s invaliditou.

Jedná se o velmi obsáhlou oblast, která je především doménou medicíny, resp. zdravotnictví. Léčebnou rehabilitaci realizují týmy odborníků, mezi nimiž jsou zastoupeni rehabilitační lékaři, lékaři ostatních klinických oborů, fyzioterapeuti, ergoterapeuti a další odborníci. Na druhé straně nacházíme i celou řadu aktivit, které mají zjevně interdisciplinární charakter. V rámci léčebné rehabilitace se setkáváme s prvky psychoterapie, arteterapie, muzikoterapie a další (14).

1.3.2 Sociální rehabilitace

I bez existence potřebného právního prostředí došlo v ČR po roce 1989 k výraznému rozvoji všech forem rehabilitace, tedy i sociální. K jejímu rozvoji přispěly zejména nestátní subjekty, které začaly provozovat centra, jež učí osoby se zdravotním postižením základním dovednostem v oblasti nácviku sebeobsluhy a vedení domácnosti,

nácviku speciálních komunikačních dovedností, nácviku používání kompenzačních pomůcek, nácviku prostorové orientace a samostatného pohybu, nácviku sociální komunikace.

1.1.2007 vešel v platnost Zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb., který sociální rehabilitaci uvádí jako jednu ze sedmnácti druhů služeb sociální prevence. Definuje ji jako službu¹⁵, která má za cíl pomoci lidem k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti, a to rozvojem jejich schopností a dovedností a posilováním nácviků potřebných pro samostatný život. Služba je určena osobám se zdravotním postižením, ale také osobám, které jsou ohroženy sociálním vyloučením¹⁶ z jiného důvodu než zdravotního, například etnické příslušnosti, chudoby, dlouhodobé nezaměstnanosti.

Sociální prostředky rehabilitace řeší problémy, které se vyskytují obecně u skupiny lidí se zdravotním postižením, ale také specifické problémy podle druhu a stupně postižení. Uplatňuje metodu reedukace¹⁷, kompenzace¹⁸ a akceptace¹⁹

Konečným výsledkem tohoto procesu je dosažení co nejvyššího stupně sociální integrace, která je důležitým předpokladem pro pracovní rehabilitaci.

Výstupy sociální rehabilitace u osob se zdravotním postižením jsou:

- podpora integrace osoby se zdravotním postižením – směřuje svým působením k začlenění jejich uživatelů do běžné společnosti, tj. k jejich seberealizaci a uplatnění ve společnosti, čímž předchází jejich sociálnímu vyloučení
- podpora nezávislosti osoby se zdravotním postižením – usiluje o získání, obnovení či posílení samostatnosti jejího uživatele v největší možné míře, což jej na poskytování některých sociálních služeb nečiní dlouhodobě závislým

¹⁵ „Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem běžných pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálu a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb“ (61).

¹⁶ V životě člověka existují překážky, jež mu částečně nebo zcela zamezují, aby žil způsobem, který je ve společnosti považován za běžný (6).

¹⁷ Rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností.

¹⁸ Náhrada postižené funkce jinou nepoškozenou funkcí.

¹⁹ Přijetí života s postižením.

- ochrana zranitelných skupin obyvatel – poskytuje ochranu všem osobám se zdravotním postižením, které jsou krátkodobě nebo dlouhodobě omezeny v možnostech uplatňovat svá práva, naplňovat své potřeby a prosazovat své zájmy
- vyrovnávání příležitostí osob se zdravotním postižením – napomáhá odstranit znevýhodnění tím, že snižuje omezení plynoucí z jejich sociální situace a doplňuje nástroje umožňující jejich plnou realizaci.

1.3.3 Pedagogická rehabilitace

Pedagogická rehabilitace není definována a ani zakotvena v žádném platném právním předpise. Stále přetrvává určitá terminologická nejednost, způsobená úzkou vazbou pedagogiky na speciální pedagogiku (15). Svým významem nejvíce odpovídá pedagogickému působení a procesu vzdělávání osob se zdravotním postižením v pojetí speciální pedagogiky a speciálního školství, která má v našich podmínkách dlouholetou tradici.

Jedná se o souhrn specifických pedagogických činností zaměřených k rozvoji osobnosti a podpoře vzdělávání dětí/žáků/studentů se zdravotním postižením a k prevenci vzniku a odstraňování negativních důsledků zdravotního postižení v procesu vzdělávání.

Zahrnuje výchovu a vzdělávání dětí/žáků/studentů se zdravotním postižením uskutečňované za pomoci speciálně pedagogických činností při respektování individuálních možností a potřeb dětí/žáků/studentů se zdravotním postižením směřující k dosažení co nejvyššího stupně vzdělání jako předpokladu samostatnosti, společenského a pracovního uplatnění.

Výstupem je osobnost, u níž využíváním prostředků pedagogické rehabilitace bylo dosaženo s ohledem na druh a stupeň postižení:

- eliminace/redukce příznaků a sekundárních důsledků postižení
- rozvoje vědomostí, dovedností a návyků v oblasti poznávání
- rozvoje myšlení, schopnosti řešit problémy
- rozvoje oblasti emocionální /sebeuvědomování, sebekontrola, odpovědnost, vůle/
- rozvoje motoriky a sebeobsluhy

- rozvoje aktivního a samostatného způsobu života
- rozvoje sociálních vztahů a kvality života
- rozvoje komunikace a komunikační kompetence
- orientace/reorientace ke zdravému životnímu stylu
- rozvoje individuálního nadání a vloh
- kultivace chování a prožívání

Jedním z úkolů pedagogické rehabilitace je zajistit včasné rozpoznání potřebnosti speciálně pedagogické péče a její včasné zahájení s využitím všech dostupných a vhodných prostředků.

Cílem je dosáhnout co nejvyššího stupně vzdělání, které umožní osobám se zdravotním postižením přiměřené společenské a pracovní uplatnění.

Základním principem uplatňování jejich nástrojů je maximální dostupnost a provázanost se systémem vzdělávání při respektování individuálního přístupu a individuálních vzdělávacích potřeb cílové kategorie osob.

1.3.4 Pracovní rehabilitace

Po roce 1989 došlo v postavení osob se zdravotním postižením k podstatným změnám. Jakkoliv byly tyto změny projevem demokratizace a liberalizace společnosti, jejich důsledky v oblasti zaměstnanosti nejsou uspokojivé. Stále se zvyšuje podíl osob se zdravotním postižením (dříve občané se změněnou pracovní schopností) na celkovém počtu uchazečů o zaměstnání²⁰. Je to znepokojující jev, neboť svědčí přinejmenším o nevyužitém pracovním potenciálu, o snižujících se příležitostech k jejich sociální integraci a zvyšujících se nákladech na sociální dávky.

Evropská praxe zaměstnávání zdravotně postižených osob je podřízena závazkům plynoucích z Úmluvy Mezinárodní organizace práce o pracovní rehabilitaci a zaměstnávání invalidů č.159 z roku 1983 a z Doporučení Mezinárodní organizace práce č.168 k této Úmluvě. Dosud platný pojem „občan se změnou pracovní schopností“ byl překonán mimo jiné i z důvodů neslučitelnosti s pojmy používanými

²⁰ Příloha 3: Tabulka 1: Vývoj vybraných ukazatelů nezaměstnanosti v letech 1991 – 2007

Příloha 4: Tabulka 2: Vývoj počtu uchazečů a OZP v ČR v letech 1999 – 2007

Tabulka 3: Vývoj počtu uchazečů a OZP v ÚL v letech 1992 – 2007

v Evropské unii. Tím jsou respektovány závazky a dohody našeho státu vůči Mezinárodní organizaci práce, WHO a Evropské unii z hlediska zvýšené pomoci osobám se zdravotním postižením a jejich integraci do pracovního a veřejného života.

Zákon o zaměstnanosti (zákon č.1/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů), který byl platný až do září 2004, používal pro osoby s postižením termínu „Občan se změněnou pracovní schopností“. Tou je však ve vztahu k zákonu o důchodovém pojištění (zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění) pouze osoba částečně invalidní nebo osoba plně invalidní podle § 39, odst. 1b), tedy ta, která je schopna pro zdravotní postižení soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek. Zaměstnávání osob se změněnou pracovní schopností bylo oceněno řadou zvýhodnění pro zaměstnavatele. To se však netýkalo případů, kdy zaměstnavatel zaměstnal člověka, který byl uznán plně invalidní podle § 39, odst. 1a) zákona č.155/1995 Sb. V praxi to znamenalo faktické vyloučení těchto osob z trhu práce a možnosti zaměstnání v chráněných dílnách **(49)**.

Právě zákon č.435/2004 Sb. přinesl důležitou změnu. Nepoužívá již pojem „osoba se změněnou pracovní schopností“, ale „osoba se zdravotním postižením“, respektive „osoba zdravotně znevýhodněná“. § 67, odst. 2) přitom stanoví, že osobami se zdravotním postižením jsou také všechny fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány plně invalidními, to znamená i osoby plně invalidní podle § 39, odst. 1a) zákona č. 155/1995 Sb. Tím je odstraněna výše popsaná izolace těchto osob od možnosti zapojení na trh práce **(48)**.

Pracovní rehabilitaci upravuje § 69, odst. 2, výše uvedeného zákona o zaměstnanosti a definuje ji takto:“... **souvislá činnost** zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují úřady práce a hradí náklady s ní spojené“ **(62)**. V rámci právní úpravy se vymezuje postavení uživatelů a poskytovatelů pracovní rehabilitace v daném systému. Stanoví se obecná pravidla a povinnosti, které mají přispět k efektivnějšímu a účinnějšímu poskytování rehabilitace. Jedná se o opatření aktivní politiky zaměstnanosti, které slouží k vyrovnání příležitostí osob se zdravotním postižením na trhu práce a současně vedoucí k jejich plné integraci.

Pracovní rehabilitaci osobě se zdravotním postižením poskytuje příslušný úřad práce (dle místa bydliště žadatele) na podkladě její „Žádosti o pracovní rehabilitaci“. Tato žádost musí být doložena doklady, které osvědčují skutečnost, že je osobou se zdravotním postižením a splňuje podmínky stanovené v 67, z. č.438/2004 Sb. V součinnosti s osobou se zdravotním postižením sestaví Individuální plán pracovní rehabilitace s ohledem na její zdravotní způsobilost, schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost a kvalifikaci a s ohledem na trh práce. (49).

1.4 Ústecký kraj a úřady práce v Ústeckém kraji

Vyšší územní samosprávný celek **Ústecký kraj** byl vytvořen ze západní a střední části bývalého Severočeského kraje. Územně je tvořen 7 okresy – Chomutov, Most, Teplice, Ústí nad Labem, Děčín, Litoměřice a Louny s 354 obcemi. Z toho je 46 měst. Správní středisko tohoto kraje je Ústí nad Labem se 96 493 obyvateli, jako deváté největší město v ČR.



Obr. 1

Ústecký kraj (obr.1) zaujímá prostor při severozápadní hranici ČR a SRN. Má rozlohu 5 335 km² a tato rozloha ho řadí mezi sedm největších krajů v ČR. Na západě sousedí s Karlovarským krajem, na jihu s Plzeňským krajem, na severovýchodě s krajem Libereckým a na východě se Středočeským krajem. Dále sousedí na severozápadě se SRN, spolkovou zemí Sasko.

Na území Ústeckého kraje žije přibližně 826 372 obyvatel (k 30.9.2007) (11). Největší počet obyvatel je soustředěn v pánevní oblasti, která je typická značnou koncentrací průmyslu a vysokou hustotou obyvatel. Nižší zalidnění je v horské oblasti Krušných hor s velmi omezenými hospodářskými aktivitami a řídkým osídlením.

V Ústeckém kraji lze vymezit čtyři socioekonomické oblasti, které se od sebe liší svojí hospodářskou specializací, sídelní a sociální strukturou a i mírou poškození životního prostředí:

- Pánevní oblast – je typická koncentrací průmyslu a vysokou hustotou osídlení s většími městy, se specializací hospodářství na energetiku, těžbu uhlí a chemickou výrobu. Patří sem okresy Chomutov, Most, Teplice a částečně Ústí nad Labem.
- Zemědělská oblast – je typická nižším zastoupením průmyslu. Jedná se o okresy Litoměřice a Louny. Jejich střediska jsou relativně malá a je zde nadprůměrné zastoupení menších venkovských sídel v porovnání s průmyslovými oblastmi.
- Krušné Hory – je to převážná část česko – saského pohraničí, dnes velmi řídko osídlený horský pás s velmi omezenými hospodářskými aktivitami. Díky zanedbání v minulosti se toto území stalo jakousi bariérou nejen hospodářských a sociálních, ale také kulturních kontaktů, což je v rozporu s posláním hraničního území.
- Děčínsko – není územím s koncentrací těžkého průmyslu, ani územím venkovským. Jeho jižní část je do jisté míry spjatá s okresem Ústí nad Labem a jeho severní část – Šluknovsko, je svou odlehlostí a obtížnou dostupností z centrální části kraje typicky periferním územím, hospodářsky slabším. Je to významná hraniční oblast se Saskem.

Ústecký kraj má příznivou polohu jak ve vazbě na země EU, s využitím vhodných dopravních podmínek (mezinárodní silniční a železniční trasy), tak v rámci republiky s vyhovující dostupností hlavního města a sousedních krajských sídel. Území je pokryto mezinárodní silniční a železniční sítí **(11)**.

K 31.12.2007 dosáhl počet neumístěných uchazečů o zaměstnání evidovaných na úřadech práce čísla 49 894 osob (z toho bylo 26 811 žen, t.j. 53,8 %). Míra registrované nezaměstnanosti zjištěná na základě evidence úřadů práce dosáhla za stejné období 10,9 %. Míra nezaměstnanosti žen byla v porovnání s muži o 4,8 % vyšší. Ústecký kraj i nadále drží primát mezi nejhoršími hodnotami v celé ČR. Okres Most s 15,5% se řadí na poslední místo v porovnání okresů v ČR. Z řad neumístěných uchazečů o práci se snížila, oproti roku 2006, míra nezaměstnanosti žen o 2,87% a podíl osob se zdravotním postižením vzrostl o 2,7%. Neumístěných absolventů škol k 31.12.2007, kteří vstupovali na trh práce a hledali své první zaměstnání prostřednictvím úřadů práce, bylo 1 886, což bylo o 1 046 méně než před rokem. Osoby s nárokem na podporu v nezaměstnanosti před nástupem do zaměstnání tvořily 22,6 % z celkového počtu evidovaných uchazečů o zaměstnání. Na jedno volné pracovní místo připadalo přibližně 8 uchazečů, což je o 5 uchazečů méně než před rokem. Ústecký kraj se v mezikrajském srovnání počtem uchazečů na jedno volné pracovní místo řadí na druhé nejvyšší místo po kraji Moravskoslezském **(46)**.

Jedním z vykonavatelů státní správy v oblasti státní politiky zaměstnanosti jsou **úřady práce**.

Úřady práce v ČR působí s velkou mírou samostatnosti. Protože však jsou součástí státních orgánů, je tato samostatnost, ve vztahu k státnímu rozpočtu, relativní. To znamená, že jako instituce zabývající se "politikou zaměstnanosti" nejsou adresátem příjmů sociálního pojištění, ale jde o příjem státního rozpočtu, který je každoročně přerozdělován.

Český systém služeb zaměstnanosti se opírá o vertikálu:

Ministerstvo práce a sociálních věcí



Správa služeb zaměstnanosti



Pověřený úřad práce



Úřad práce

Úřady práce jsou rozpočtové organizace, které, z hlediska služeb zaměstnanosti, mají okresní působnost. Úřad práce, který sídlí v určitém okrese, poskytuje služby zaměstnanosti občanům s trvalým bydlištěm v tomto okrese. Zaměstnavatelům poskytuje takový úřad práce služby v případě, že se služby nějakým způsobem dotýkají fyzických osob z příslušného okresu.

Na úrovni pověřených úřadů práce byly tyto služby zaměstnanosti rozšířeny. Všechny pověřené úřady práce ve svém správním obvodu zabezpečují činnost Evropských služeb zaměstnanosti a zpracovávají podklady pro udělování investičních pobídek. Povinností každého úřadu práce je soustavně vyhodnocovat situaci na regionálním trhu práce a ovlivňovat ji. Buď vlastní činností nebo ve spolupráci s jiným úřady práce či Správou služeb zaměstnanosti, jde-li o větší území než okres.

Jednotlivé úřady práce vznikly na základě zřizovacích listin, ředitel úřadu je statutární orgán, oprávněný jednat jménem úřadu práce. Svou pravomoc v určitých věcech přenáší na jím jmenované vedoucí pracovníky (25).

1.4.1 Okres Ústí nad Labem – Úřad práce v Ústí nad Labem

Okres Ústí nad Labem (obr.2) je nejmenším ze sedmi okresů Ústeckého kraje. Leží při hranici se Spolkovou republikou Německo, ze západu, jihu a východu je ohraničen okresy Teplice, Litoměřice a Děčín. K 30.9.2007 měl okres 119 876 obyvatel a v počtu obyvatel kraje se řadí na čtvrté místo za okres Děčín, Teplice a Chomutov.



Obr. 2

Hustota obyvatel 291 osob na km² je vysoká a vyšší lidnatost má jen hlavní město Praha, Brno – město a Ostrava – město.

Město Ústí nad Labem má 95 436 obyvatel a je nejlidnatějším městem v kraji. Je městem krajským se sídlem úřadů a správních orgánů.

Rozloha okresu je pouze 404 km², což představuje 7,5% rozlohy Ústeckého kraje. Z tohoto území zaujímají 31% lesy a téměř 45% zemědělská půda.

Vývoj okresu je těsně spjat s rozvojem průmyslové výroby. Klíčovým odvětvím, které využilo výhodné polohy města a dostupnosti dopravních cest, se stal chemický průmysl. Dále se zde nachází jeden z nejvýznamnějších podniků potravinářského průmyslu. Starou tradici má též energetika. Útlum těžby uhlí a řady provozů s těžkým průmyslem významně ovlivnil zlepšení kvality životního prostředí,

Okres má poměrně vysokou intenzitu dopravy a to jak silniční, tak železniční a říční (11).

Podklady z Úřadu práce v Ústí nad Labem:

Správní obvod (okres)	Ústí nad Labem
Počet dislokovaných pracovišť (bez kontaktních míst SSP)	Žádné
Míra nezaměstnanosti	11,3 % (k 31.12.2007)
Počet osob v evidenci	Celkem: 6987 (k 31.12.2007) OZP: 1137 (k 31.12.2007)

1.4.2 Okres Děčín – Úřad práce v Děčíně

Okres Děčín (obr.3) je nejsevernějším okresem v Ústeckém kraji. Na jihozápadě sousedí s okresem Ústí nad Labem, jižně hraničí s okresem Litoměřice. Východní hranici tvoří českolipský okres v Libereckém kraji. Severní hranice je hranicí se Spolkovou republikou Německo a s Polskem. Ke 30.9.2007 žilo na území okresu Děčín 135 233 obyvatel. Toto území se počtem obyvatel umístilo na 1. místě v pořadí sedmi okresů Ústeckého kraje.

Svou rozlohou 909 km² patří okres Děčín k větším okresům Ústeckého kraje a



je na 4. místě v pořadí dle velikosti okresů. Zaujímá 17,0 % celkové rozlohy kraje. Z tohoto zaujímá zemědělská půda téměř 365 km² (40 %), lesní půda 448 km² (49 %), vodní plochy 10 km² (1 %) a zastavěné plochy 95 km² (11 %) (**11**).

Podklady z Úřadu práce v Děčíně:

Správní obvod (okres)	Děčín
Počet dislokovaných pracovišť (bez kontaktních míst SSP)	2
Míra nezaměstnanosti	10,70 % (k 31.10.2007)
Počet osob v evidenci	celkem: 8482 (k 31.10.2007) OZP: 1385

1.4.3 Okres Teplice – Úřad práce v Teplicích

Okres Teplice (obr.4) se rozkládá v severozápadní části České republiky při hranicích se SRN. Na jihozápadě sousedí s okresem Most, na východě s Ústím nad Labem, na jihovýchodě s okresem Litoměřice a na jihozápadě malou částí s okresem Louny. Rozloha teplického okresu činí 469 km², čímž se řadí svojí velikostí mezi sedmi okresy Ústeckého kraje na 5. místo. Okres Teplice zaujímá necelých 8 % celkové rozlohy kraje. Území okresu je velmi členité a je z jedné čtvrtiny pokryto Krušnými horami a na jihovýchodní straně zabíhá do okresu část Českého středohoří.

Z celkové rozlohy teplického okresu, 469 km², zaujímá zemědělská půda přibližně 161 km² (34 %) a nezemědělská půda 308 km² (66 %).

Teplickým okresem prochází důležité železniční a silniční dopravní tepny.

Teplice jsou známy jako významné světoznámé lázně, jejichž vznik se traduje do roku 1762. Léčivé prameny se proslavily daleko za hranicemi. Léčí se zde nemoci pohybového a oběhového ústrojí. V dnešní době jsou lázně nejvíce navštěvovány pacienti z Arabských zemí.

Ke 30.9.2007 bylo v okrese k trvalému pobytu přihlášeno 128 701 osob. Vlivem transformačního procesu, započatého v roce 1991, došlo v oblasti hospodářství k značným změnám. Několik významných průmyslových podniků bylo uzavřeno a některé státní podniky byly rozprodány a v řadě dalších byla ukončena činnost (**11**).

Podklady z Úřadu práce v Teplicích:

Správní obvod	Teplice
Počet dislokovaných pracovišť (bez kontaktních míst SSP)	Žádné



Míra nezaměstnanosti
Počet osob v evidenci

11,48% (k 31.10.2007)
celkem: 7464 (k 31.10.2007)
OZP: 1306 (k 31.10.2007)

1.4.4 Okres Most – Úřad práce v Mostě

Okres Most (obr.5) je svoji rozlohou 467 km² druhým nejmenším okresem v Ústeckém kraji. Na severní straně je chráněn hradbou Krušných hor, ze západu, jihu a východu hraničí s okresy Chomutov, Louny a Teplice. Ke 30.9.2007 žilo zde 116 666 obyvatel. Okres se vyznačuje velkou hustotou obyvatel na km² (251) a ze sedmi okresů Ústeckého kraje nejvyšším podílem obyvatel žijících ve městech. Podíl městského obyvatelstva zde dosáhl 89 %.

Území okresu náleží ke třem geografickým celkům. Na severu je to oblast Krušných hor, do jihovýchodní části zasahují kopce výběžku Českého středohoří, které v jihozápadní části přecházejí v Žateckou plošinu. Střední část okresu vyplňuje Mostecká kotlina v podobě velké pánve.

Ohromné nerostné bohatství zcela předurčilo charakter a ekonomický význam okresu. V letech budování socialismu, kdy se Československo orientovalo na energeticky náročný těžký průmysl, se hnědé uhlí stalo rozhodující složkou palivoenergetické základny. V průběhu čtyřiceti poválečných let bylo v oblasti povrchové těžby zrušeno 130 průmyslových objektů, ale zároveň zmizelo i přes 80 obcí. V době, kdy historické město Most ustoupilo těžbě, nebylo pochyb o perspektivě hornictví a energetiky na další desítky let. Důsledkem této orientace je v současnosti nejvyšší procento nezaměstnanosti v republice. Útlum těžby způsobil propouštění pracovníků. Pomoci v této situaci by měly rekvalifikace a výstavba průmyslových zón. Průmyslové zóny mají nalákat investory, kteří vytvoří další pracovní místa.

Předpokladem pro hospodářský a tím i sociální rozvoj oblasti je modernizace stávajících a stavba nových dopravních spojení nejen mezi hospodářskými centry, ale především těch, která umožňují kvalitní a rychlé spojení se sousední Spolkovou



Obr. 5

republikou Německo, jež je vstupní branou do Evropské unie. To se týká jak silniční dopravy, dokončení dálnice D8, rychlostní komunikace R7 Louny – Most – Chomutov, tak modernizace železničního koridoru.

Nebývale intenzivní růst těžby a rozvoj hospodářství na území okresu v minulém století přinesl i nárůst dopadů průmyslové činnosti na životní prostředí. Nutno ale zdůraznit, že omezování výroby a nové investice vkládané do ochrany životního prostředí přinášejí zlepšení.

V roce 1991 byly nastaveny ministerstvem ekologické limity těžby, aby se region mohl rozvíjet a nebyl vydán na pospas těžebním společnostem.

Nejvíce byla těžbou, pokud jde o likvidaci obcí, postižena mostecká oblast (11).

Podklady z Úřadu práce v Mostě:

Správní obvod (okres)	Most
Počet dislokovaných pracovišť (bez kontaktních míst SSP)	1
Míra nezaměstnanosti	15,46% (k 31.1.2008)
Počet osob v evidenci	Celkem: 9733 (k 31.1.2008) OZP: 1108 (k 31.1.2008)

1.4.5 Okres Litoměřice – Úřad práce v Litoměřicích

Dnešní okres Litoměřice (obr.6) leží v jihovýchodní části Ústeckého kraje podél soutoku Labe s Ohří. Rozlohou 1 032 km² je druhým největším okresem kraje. Na severozápadě na litoměřický okres navazuje Liberecký kraj, a to okresem Česká Lípa, svojí jižní a jihovýchodní hranicí sousedí dále s okresy Kladno a Mělník z kraje Středočeského.

Na celkové rozloze okresu se téměř třemi čtvrtinami podílí zemědělská půda, z ní pak připadá na půdu ornou 82 %. Nezemědělská půda je z více než poloviny tvořena půdou lesní.

Dopravní podmínky okresu jsou dány poměrně dobrým železničním spojením s celým územím republiky i se zahraničím, k hlavním tratím patří Praha-Lovosice-Děčín a Lysá nad Labem-Litoměřice-Děčín (obě s návazností na



Obr. 6

hraniční přechody do SRN) a dále trať Lovosice-Liberec. V okrese je rovněž hustá silniční síť, v níž nejdůležitější místo zaujímá dálnice D8, která u Lovosic přechází v důležitou mezinárodní silnici E55 spojující sever a jih Evropy. Řeka Labe, jejíž tok prochází okresem z jihovýchodu na severozápad, nabízí možnost lodní přepravy nejen tuzemské, ale až k Severnímu moři.

Ke 30.9.2007 žilo v okrese 113 998 obyvatel. Okres je administrativně rozdělen do 105 obcí, tedy nejvíce ze všech okresů kraje. Počtem obyvatel a hustotou osob na 1 km² se však okres Litoměřice řadí na místo předposlední, šesté. Hranice okresu se od jeho vzniku po územní reformě k 1.7.1960 nezměnily.

Hospodářství okresu Litoměřice je reprezentováno především průmyslovými, obchodními, stavebními a zemědělskými organizacemi. Co se týče průmyslu, je nejvýznamněji zastoupen průmysl chemický, papírenský, stavebních hmot a potravinářský. Zemědělství je zde známé svou specializací na ovocnářství, zelinářství, chmelařství a vinařství a v okrese je rovněž nejvyšší podíl soukromě hospodařících rolníků z celého kraje (**11**).

Podklady z Úřadu práce v Litoměřicích:

1. Správní obvod (okres)	Litoměřice
2. Počet dislokovaných pracovišť (bez kontaktních míst SSP)	4x detašované pracoviště 1x dislokované pracoviště 1x pobočka
3. Míra nezaměstnanosti	7,83 % (k 31.10.2007)
4. Počet osob v evidenci	Celkem: 5060 (k 31.10.2007) OZP: 1060 (k 31.10.2007)

1.4.6 Okres Louny – Úřad práce v Lounech

Okres Louny (obr.7) se rozkládá v jihozápadní části Ústeckého kraje. Svou rozlohou 1 118 km² je největším okresem v kraji, avšak počtem 86 461 obyvatel k 30.9.2007 se řadí až na poslední místo mezi 7 okresy kraje. Všechny ostatní okresy kraje přesahují počtem obyvatel 100 tisícovou hranici.

Z výše uvedených údajů vyplývá, že i hustota obyvatel na území lounského okresu 77 osob na km² je nejnižší v rámci celého Ústeckého kraje. Proti průměru kraje je poloviční a v porovnání s průměrem České republiky dosahuje necelých dvou třetin. Geograficky patří území okresu ke Krušnohorské soustavě (Žatecká tabule,

výběžky Doupovských hor a Českého středohoří). Většina okresu leží ve srážkovém stínu Krušných hor a z toho vyplývá skutečnost, že území okresu patří k nejsušším oblastem Čech, roční úhrn srážek se pohybuje mezi 300 – 500 mm. Negativní vliv na stav vodního režimu má i poměrně nízká lesnatost území. Lesy představují pouze šestinu celkové výměry hospodářské plochy okresu, zatímco v ČR činí tento podíl třetinu. Dalším negativním faktorem je podíl vodních ploch (1 440 ha, tedy zhruba 1 % hospodářské plochy okresu).

Lounský okres je poměrně chudý na přírodní zdroje. Větší hospodářský význam mají kaoliny, keramické jíly a stavební suroviny (cihlářské hlíny, šterkopísek, vápenec). Na území okresu zasahuje západně od Podbořan výběžek hnědouhelné pánve Pětipeské, v okolí Třískolup bylo v 80. letech vytěženo ložisko energetického uhlí z výběžku hnědouhelné pánve mostecké.



Dnešní hranice okresu Louny byly vytvořeny po územní reorganizaci v roce 1960 sloučením bývalých okresů Louny, Žatec, poloviny okresu Podbořany a částí okresů Bílina a Lovosice. V současné podobě leží okres Louny na hranici tří krajů. V rámci Ústeckého kraje sousedí s okresy Chomutov, Most, Teplice a Litoměřice, na jihovýchodě sousedí s okresy Kladno a Rakovník ze Středočeského kraje, na jihozápadě pak s okresem Plzeň sever z Plzeňského kraje a okresem Karlovy Vary z Karlovarského kraje.

Za posledních deset let došlo ke značným změnám v oblasti hospodářství. Významným odvětvím okresu je zemědělství, specializované na pěstování obilovin, olejnin (řepka, hořčice a slunečnice), masa a vajec. Důležité místo zaujímá pěstování chmele a to i přesto, že od roku 1991 došlo v souvislosti se snížením ploch plodících chmelnic k poklesu celkové produkce chmele zhruba na 60 % úrovně před deseti lety. Z průmyslových odvětví, která zaměstnávají více než čtvrtinu ekonomicky aktivního

obyvatelstva, mají významnější zastoupení potravinářský průmysl, strojírenský průmysl, energetika a stavebnictví.

Soukromé vlastnictví má dominantní postavení téměř ve všech oborech činnosti.

Životní prostředí je ovlivňováno sousedstvím s pánevními okresy Ústeckého kraje a elektrárnou Počerady na hranicích okresu. V posledních letech došlo v souvislosti s odsířením elektrárny k částečnému zlepšení ovzduší (11).

Podklady z Úřadu práce v Lounech:

Správní obvod (okres)	Louny
Počet dislokovaných pracovišť (bez kontaktních míst SSP)	3
Míra nezaměstnanosti	8,35% (k 31.10.2007)
Počet osob v evidenci	Celkem: 4640 (k 31.10.2007) OZP: 968 (k 31.10.2007)

1.4.7 Okres Chomutov – Úřad práce v Chomutově

Okres Chomutov (obr.8) se rozprostírá v jihozápadní části Ústeckého kraje. Hřebenem Krušných hor hraničí na severu se SRN, na jihovýchodě s okresem Louny, na severovýchodě s okresem Most a na straně západní sousedí s okresem Karlovy Vary v Karlovarském kraji.

Svou rozlohou 935 km² patří mezi středně velké okresy České republiky a v Ústeckém kraji je po okresech Louny a Litoměřice třetím největším okresem. Na rozdíl od rozlohy patří v hustotě zalidnění se svými 133 obyvateli na 1 km² až na páté místo ze všech sedmi okresů tohoto kraje.

Lesní půda zaujímá téměř 30 % rozlohy okresu, ale v důsledku poškození exhalacemi bylo nutné nahradit především jehličnaté druhy ve prospěch listnatých stromů a jiných dřevin.

Okresem procházejí důležité dopravní tepny, které tvoří především železniční tahy Ústí nad Labem – Chomutov – Cheb, Chomutov – Praha a silniční tahy I. třídy s hlavními směry Chomutov – Praha – hraniční přechod Hora Sv. Šebestiána (I/7)



a silnice Karlovy Vary – Chomutov – Děčín (I/13 a E442).

Ke 30.9.2007 mělo v okrese trvalý pobyt 125 437 osob.

Chomutovsko bylo po celá desetiletí známé hlavně jako okres těžkého průmyslu, energetiky, hutnictví a těžby hnědého uhlí. V dnešní době je však výkonnost hospodářství všech podniků v okrese ovlivněna transformačním procesem zahájeným počátkem roku 1991. Státní podniky byly rozprodány a v řadě z nich byla postupně zcela ukončena činnost. To ovlivnilo růst nezaměstnanosti (**11**).

Podklady z Úřadu práce v Chomutově:

1. Správní obvod	Chomutov
2. Počet dislokovaných pracovišť (bez kontaktních míst SSP)	3
3. Míra nezaměstnanosti k 30.11.07	9,1 %
4. Počet osob v evidenci k 30.11.07	celkem: 6601 OZP: 931

2. Cíle práce

Na základě studia sekundárních zdrojů jsem si stanovila tyto cíle:

Cíl 1: Zjistit, jakým způsobem je pracovní rehabilitace zabezpečována úřady práce v Ústeckém kraji.

Cíl 2: Na základě zjištění navrhnout sjednocení postupů na úřadech práce v Ústeckém kraji.

Záměrem je vytvořit schéma, které by dávalo možnost zohlednit potřeby a schopnosti účastníků rehabilitace, a tím zvýšilo jejich možnost uplatnění na trhu práce.

3. Metodika

Od 1. října 2004 je účinný zákon o zaměstnanosti 435/2004 Sb. Jeho součástí je institut pracovní rehabilitace.

3.1 *Popis výzkumných metod*

Pro **teoretickou část** mé diplomové práce byla základním materiálem odborná literatura, dále statistická data, dokumenty vytvořené současnou legislativou v platné právní formě, časopisy a ročenky zabývající se popisovanou problematikou.

Pro část diplomové práce, která se zabývá **výzkumem**, zvolila jsem jako základní východisko *sekundární analýzu úředních dokumentů* (výroční zprávy, vyhlášky, zápisy), kde jsem se pokusila postihnout rozdílnost, která se objevuje v přístupech jednotlivých úřadů práce k problematice pracovní rehabilitace. Jedná se o tyto okruhy rozdílnosti:

- rozdílnost v personální struktuře
- rozdílnost ve formách, které zabezpečují zaměstnanci, a které zabezpečuje externí dodavatel
- rozdílnost ve formách pracovní rehabilitace, které jsou poskytovány v rámci běžné činnosti úřadu mimo systém pracovní rehabilitace
- rozdílnost forem pracovní rehabilitace, které jsou z pohledu zajištění nejkomplicovanější
- rozdílnost v požadavcích na zaměstnance (z hlediska odborné způsobilosti a dosažené úrovně vzdělání), kteří se podílejí na zabezpečování pracovní rehabilitace
- rozdílnost ve složení odborné pracovní skupiny
- rozdílnost v počtu přijatých žádostí o pracovní rehabilitaci
- rozdílnost v počtu sestavených individuálních plánů pracovní rehabilitace
rozdílnost v kvalitě a celkové kapacitě dodavatelů služeb

Zároveň jsem jako další metodu zvolila *kvalitativní strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami* (respondent x výzkumník). Použila jsem otevřené otázky

vztahující se především k názorům respondentů na rozdílnosti v přístupu a odpovědi zaznamenala do „záznamového archu“. Důvodem volby tohoto typu rozhovoru byla snaha „dostat se pod povrch“ věci a postihnout, jaké jsou názory pracovníků, kteří se touto problematikou aktivně zabývají.

Jsem zaměstnanec Úřadu práce v Ústí nad Labem a převážnou většinu respondentů osobně znám, proto jsem volila metodu, která právě minimalizuje efekt tazatele na kvalitu rozhovoru. Jsem si vědoma toho, jak uvádí Hendel, že „pružnost sondování v kontextu situace je při tomto typu rozhovoru omezenější“ (12).

Na podkladě šetření byly analyzovány silné a slabé stránky současného stavu z hlediska stávající legislativy a praxe a zároveň definovaná možná východiska.

Pracovní rehabilitace je v tomto šetření chápána dle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Respondenty výzkumu byli pracovníci jednotlivých úřadů práce, kteří se zabývají problematikou pracovní rehabilitace a **fakticky** ji vykonávají.

Jedná se o sedm úřadů práce v Ústeckém kraji:

1. Úřad práce v Ústí nad Labem
2. Úřad práce v Děčíně
3. Úřad práce v Teplicích
4. Úřad práce v Mostě
5. Úřad práce v Chomutově
6. Úřad práce v Litoměřicích
7. Úřad práce v Lounech

3.3 Sběr dat

Časový harmonogram sběru dat jsem stanovila s ohledem na zpracovávání dat pro statistické účely jednotlivých úřadů práce. Sběr proběhl v období od září 2007 do února 2008.

Pro sekundární analýzu dat z úředních dokumentů jsem se zaměřila na tyto údaje, které byly následně zpracovány pro každý úřad práce zvlášť:

- Správní obvod (okres)
- Počet dislokovaných pracovišť (bez kontaktních míst stát. soc. podpory)
- Míra nezaměstnanosti v příslušném okrese
- Počet osob v evidenci příslušného ÚP, z toho OZP
- Útvar (odbor, oddělení), která zabezpečuje PR, tzn. zpracovává Individuální plán PR („IPPR“)
- Fyzický a přepočtený počet zaměstnanců, kteří zabezpečují PR
- Formy PR, které jsou zabezpečovány zaměstnanci ÚP
- Formy PR, které jsou poskytovány v rámci běžné činnosti ÚP, tzn. mimo systém PR
- Formy PR, které jsou zabezpečovány externími dodavateli
- Požadované kvalifikační nároky na zaměstnance podílejících se na zabezpečování pracovní rehabilitace (z hlediska oboru i dosažené úrovně)
- Počet členů Odborné pracovní skupiny pro PR
- Personální složení Odborné pracovní skupiny pro PR z pohledu institucionální příslušnosti
- Občansko – právní vztah členů Odborné pracovní skupiny pro PR ve vztahu působení v této skupině (v případě, že se nejedná o zaměstnance ÚP)
- Délka funkčního období členů Odborné pracovní skupiny pro PR
- Existence Jednacího řádu Odborné pracovní skupiny pro PR
- Hierarchie jednání v Odborné pracovní skupině pro PR
- „Kdo“ z hlediska organizační struktury přebírá vyjádření Odborné pracovní skupiny pro PR
- Závaznost vyjádření Odborné pracovní skupiny pro PR pro další postup v rámci IPPR
- Účast OZP na jednání Odborné pracovní skupiny pro PR
- Harmonogram zasedání Odborné pracovní skupiny pro PR (četnost)
- Počet přijatých Žádostí o PR

- Počet sestavených IPPR
- Čerpání jednotlivých forem PR (např. v %)
- Dodavatelské služby a jejich kapacita

Výzkumné otázky pro strukturovaný rozhovor s použitím záznamového archu jsem sestavila tak, aby se jednalo o otevřené otázky, které budou směřovány na okruhy zjištěných rozdílů:

1. Jaký je Váš názor na celkový počet zaměstnanců Vašeho ÚP, kteří se podílejí na zabezpečování PR?
2. Jaký je Váš názor na minimální kvalifikační požadavky na zaměstnance podílejících se na zabezpečování PR (z hlediska oboru i dosažené úrovně vzdělání)?
3. Jaký je Váš názor na stanovení minimálního nebo maximálního počtu členů Odborné pracovní skupiny pro PR?
4. Jaký je Váš názor na složení Odborné pracovní skupiny pro PR z hlediska institucionální příslušnosti jejích členů?
5. Jaký je Váš názor na občansko právní vztah působení členů ve Vaší Odborné pracovní skupině pro PR, pokud se nejedná o zaměstnance ÚP?
6. Jaký je Váš názor na stanovení „funkčního“ období pro členy Vaší Odborné pracovní skupiny pro PR?
7. Jaký je Váš názor na důležitost Jednacího řádu Odborné pracovní skupiny pro PR?
8. Jaký máte názor na účast OZP, tzn. osoby pro které je IPPR zpracováván, na jednání Vaší Odborné pracovní skupiny pro PR?
9. Jaký je Váš názor na frekvenci četnosti zasedání Vaší Odborné pracovní skupiny pro PR?
10. V čem vidíte hlavní problémy činnosti Vaší Odborné pracovní skupiny pro PR?
11. V čem vidíte přínos činnosti Vaší Odborné pracovní skupiny pro PR?
12. Jaké formy PR jsou pro Vás z hlediska jejich zajištění nejkomplicovanější a proč?
13. Jaké jsou podle Vašeho názoru hlavní problémy při zabezpečování PR?

14. Jaká je podle Vašeho názoru informovanost OZP o možnostech PR?
15. Jaké jsou podle Vašeho názoru největší překážky pro zaměstnání OZP (ze strany zaměstnavatelů)?
16. Jaké problémy nejčastěji řešíte při zaměstnávání OZP (ze strany OZP)?
17. Které subjekty sociální politiky preferujete pro vznik potenciální spolupráce v oblasti PR?
18. Co si myslíte, že nejvíce brání při vzniku spolupráce v oblasti PR s ostatními subjekty?
19. Co si myslíte o možnosti používání technik případové práce v problematice PR?

4. Vyhodnocení šetření

4.1. Základní informace

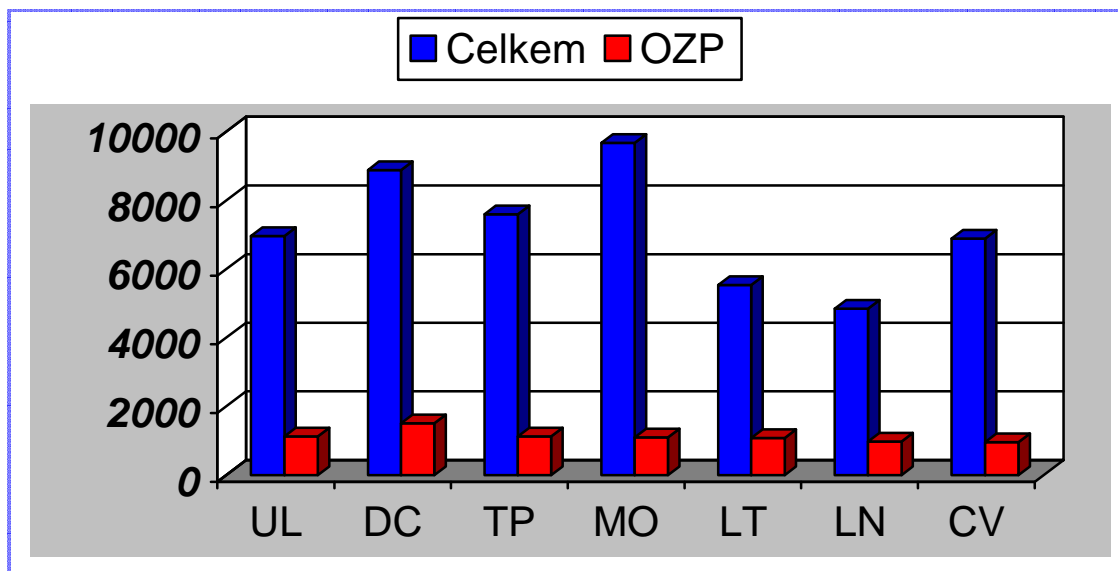
Šetření se zúčastnilo 7 úřadů práce z Ústeckého kraje. Jejich výčet, včetně počtu dislokovaných pracovišť, míry nezaměstnanosti a podílu OZP v příslušném okrese ukazuje tabulka 4 a graf 1.

Tabulka 4: Základní informace o šetřených subjektech

	počet dislok. pracovišť	míra nezam. % k 31.1.2008	počet osob v evidenci k 31.1.2008	podíl OZP v %
Ústí nad Labem	0	11,3	6972	16,26
Děčín	2	11,4	8892	16,97
Teplice	0	12,2	7607	14,90
Most	1	15,3	9682	11,38
Litoměřice	1	8,9	5547	19,50
Louny	3	8,9	4852	20,17
Chomutov	3	10,0	6900	14,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 1: Počet osob v evidenci úřadů práce v Ústeckém kraji k 31.1..2008



Zdroj: Vlastní výzkum

4.2. Personální struktura a politika

Dle zjištění je pracovní rehabilitace na jednotlivých úřadech práce Ústeckého kraje zabezpečována s určitou odlišností.

- Útvar (odbor, oddělení), které zabezpečují PR (zpracovává IPPR)

Byly uvedeny zejména odbory/oddělení: poradenství, zprostředkování, trhu práce. Rozdíly jsou dány jistou možnou mírou variability umístění útvarů v organizační struktuře, která je nutná pro zabezpečení činnosti úřadu práce.

Neexistuje závazná směrnice či doporučení ze strany MPSV ČR, která by uvedenou problematiku sjednotila na všech úřadech práce.

- Fyzický a přepočtený počet zaměstnanců, kteří zabezpečují PR

Rozdíly existují i v počtu pracovníků, kteří zabezpečují PR. Z hlediska fyzického počtu mají všechny ÚP 1 a více pracovníků, kteří jsou vyčleněni pro problematiku PR.

Z hlediska přepočteného počtu, který přesněji vystihuje skutečné vytížení příslušných pracovníků, má 5 úřadů práce vyčleněno méně než 1,0 pracovníka. Hodnoty za jednotlivé úřady práce v porovnání s počtem OZP v evidenci a hodnocení jejich dostatečnosti je uvedeno v tabulce 5.

Tabulka 5: Hodnocení počtu pracovníků podílejících se na PR v porovnání s počtem OZP

	osoby v evidenci k 31.1..2008	OZP v evidenci k 31.1..2008	fyzický počet pracovníků	přepočtený počet pracovníků
Ústí nad Labem	6972	1134	2	0,5
Děčín	8892	1509	2	0,75
Teplice	7607	1134	1	0,1
Most	9682	1102	2	0,5
Litoměřice	5547	1082	4	2
Louny	4852	979	1	1,0
Chomutov	6900	966	1	dle potřeby

Zdroj: Vlastní výzkum

Z šetření vyplynulo, že podle dotazovaných pracovníků úřadů práce je počet pracovníků, kteří zabezpečují pracovní rehabilitaci, dostatečný. Žádný z respondentů nezmínil potřebu navýšit počet pracovníků zabezpečujících PR.

- Formy PR, které jsou zabezpečovány zaměstnanci úřadu práce a formy PR, které jsou zabezpečovány externisty

Z tabulky 6 lze vyčíst, že uvedené formy PR nejsou na všech úřadech práce zabezpečovány jednotně. Určité formy PR nezabezpečují úřady práce vůbec a to z důvodu svého postavení v systému. Příkladem je ergodiagnostika, pracovní diagnostika, bilanční diagnostika nebo asistované a agenturní zprostředkování zaměstnání.

Tabulka 6: Formy PR a jejich zabezpečení pracovníky šetřených úřadů práce a externisty

Formy PR	UL		DC		TP		MO		LT		LN		CV	
	ÚP	EX	ÚP	EX	ÚP	EX	ÚP	EX	ÚP	EX	ÚP	EX	ÚP	EX
Bilanční diagnostika		/	/			/	/			/		/		/
Pracovní diagnostika	/			/		/	/			/		/		/
Ergodiagnostika		/		/		/		/		/		/		/
Poradenství pro volbu povolání	/		/		/		/		/		/		/	
Poradenství pro volbu a změnu zaměstnání	/		/			/	/		/		/		/	
Poradenství pro volbu rekvalifikace	/		/		/		/		/		/		/	
Poradenství pro volbu přípravy k práci	/			/		/	/		/		/		/	
Poradenství při výběru vhodných nástrojů APZ	/		/			/	/		/		/		/	
Příprava k práci		/		/		/		/		/		/		/
Příprava na budoucí povolání		/		/		/		/		/		/		/
Specializované rekvalifikační kurzy		/		/		/		/		/		/		/
Zprostředkování zaměstnání	/	/		/		/		/		/		/		/
Zprostředkování zaměstnání - agenturní		/		/		/		/		/		/		/
Udržení a změna zaměstnání, změna povolání	/		/		/		/		/		/		/	
Vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměst. a jiné výdělečné čin.	/		/		/		/		/		/		/	

Zdroj: Vlastní výzkum

Rozdíly nejsou významné a vyplývají z možností jednotlivých úřadů práce a zároveň také z celkové regionální nabídky služeb pracovní rehabilitace.

Na všech šetřených úřadech práce probíhá tzv. „dvoukolejnost“ činností v oblasti pracovní rehabilitace. Na jedné straně je ověřený a běžně používaný systém, kde jsou jednotlivé formy PR realizovány v rámci běžné činnosti úřadu práce bez zatěžující administrativy a na druhé straně je nastaven administrativně náročný systém PR včetně jeho vykazování pro MPSV ČR. Jedná se o evidenci dat a výkonů, které se týkají PR.

- .Kvalifikační nároky na zaměstnance podílejících se na zabezpečování PR

Dle zjištění vyplývají požadavky na vzdělání příslušného pracovníka z pracovní pozice, kterou zastává. Ta je stanovena katalogem prací. Stav popisuje tabulka 7.

Tabulka 7: Fyzický počet – současný stav – kvalifikační požadavky

	fyzický počet zaměst. zabezpečující PR	současný stav – vzdělání	kvalifikační požadavek na absolvovaný obor
Ústí nad Labem	2	VŠ – sociální zaměření USO – technické zaměření	obor sociálně-právní
Děčín	2	USO – ekonomické zaměření, USO – ekonomické zaměření	nespecifikováno
Teplice	1	VŠ – pedagogické zaměření	obor sociální
Most	2	USO – ekonomické zaměření, USO – ekonomické zaměření	obor zdravotně-sociální
Litoměřice	4	VŠ – pedagogické zaměření USO – ekonomické zaměření USO – ekonomické zaměření USO – ekonomické zaměření	nespecifikováno
Louny	1	VŠ – pedagogické zaměření	nespecifikováno
Chomutov	1	VŠ – technické zaměření	nespecifikováno

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky vyplývá, že pouze na jednom úřadu práce má zaměstnanec, který zabezpečuje PR, absolvovaný sociální obor a více než u poloviny šetřených úřadů práce ani nejsou specifikovány požadavky na absolvovaný obor. Pozitivním zjištěním je, že na pěti úřadech práce zabezpečují tuto problematiku vysokoškolsky vzdělaní úředníci.

4.3. Právní prostředí

Zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb., stanovuje právní prostředí pro institut pracovní rehabilitace.

- Velikost a složení odborné pracovní skupiny zřízené dle §7 odstavec 5 zákona č.435/2004 Sb.²¹

Velikost odborné pracovní skupiny se na šetřených úřadech pohybovala od 6 – 10 členů. Ani na jednom úřadu práce nebyl stanoven minimální nebo maximální počet členů odborné pracovní skupiny.

Z hlediska složení odborné pracovní skupiny byly zjištěny tyto skutečnosti:

Tabulka 8: Institucionální příslušnost jednotlivých členů odborné pracovní skupiny

Zástupci úřadu práce	7 úřadů práce
Posudkový lékař	3 úřady práce
Zástupci zdravotních pojišťoven	0
Zástupci zaměstnavatelských subjektů	7 úřadů práce
Zástupci zdravotnických zařízení	2 úřady práce
Zástupci územní samosprávy	0
Zástupci poskytovatelů sociálních služeb	6 úřadů práce
Zástupci vzdělávacích organizací	2 úřady práce
Zástupci organizace zdravotně postižených	2 úřady práce

Zdroj: Vlastní výzkum

- Občansko právní vztah působení členů odborné pracovní skupiny a délka jejich funkčního období

Dle zjištění je působení členů v odborné pracovní skupině založeno na dobrovolné účasti. Ve všech případech jsou jednotliví členi jmenováni ředitelem příslušného úřadu práce.

Funkční období je stanoveno pouze na dvou úřadech práce a to na období 1 roku. Na ostatních úřadech není délka funkčního období určena.

²¹ „Úřady práce vytvářejí za účelem posouzení vhodné formy pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením odborné pracovní skupiny, složené zejména ze zástupců organizací zdravotně postižených a zástupců zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50% osob se zdravotním postižením.“ (§7 odst.5 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti)

- Existence Jednacího řádu a hierarchie jednání v odborné pracovní skupině

Na čtyřech úřadech práce je vypracován Jednací řád, na dvou je vnitřní směrnice „Status odborné pracovní skupiny“ a na jednom úřadu práce není vypracován žádný závazný dokument.

Na dvou úřadech práce je při jednání dána rovnost hlasů, na jednom z úřadů práce, dle Jednacího řádu, rozhoduje vedoucí odborné pracovní skupiny. Na ostatních úřadech není stanoven žádný postup při rozhodování.

- „Kdo“ z hlediska organizační struktury úřadu práce přebírá vyjádření odborné pracovní skupiny a jeho závaznost pro další postup

Na třech šetřených úřadech přebírá vyjádření odborné pracovní skupiny poradce pro pracovní rehabilitaci, v jednom případě je to vedení úřadu práce a v jednom případě je to vedoucí Odboru speciálního poradenství, vedoucí oddělení zprostředkování zaměstnání a oddělení poradenství.

Výše uvedené rozdíly jsou dány různou organizační strukturou jednotlivých úřadů práce.

Na žádném úřadu práce není vyjádření odborné pracovní skupiny závazné, má pouze doporučující charakter, který je posouzením vhodných forem PR pro konkrétního žadatele. Konečné stanovisko vydává vedení příslušného úřadu práce.

- Účast osob se zdravotním postižením na jednání odborné pracovní skupiny (těch, pro které je zpracován IPPR)

U čtyř úřadů práce je přítomnost osoby se zdravotním postižením při jednání odborné pracovní skupiny považována za nevhodnou. U tří úřadů práce není její přítomnost vyloučena.

- Harmonogram zasedání odborné pracovní skupiny

Mimo jednoho úřadu práce uvádějí všechny ostatní úřady, že frekvence setkání je ovlivňována aktuální potřebností a je upravována na základě přijatých žádostí o PR. Vzhledem k dobrovolnosti členů odborné pracovní skupiny a jejich pracovním povinnostem má četnost setkání také své limity. Jeden úřad práce uvedl, že jejich odborná pracovní skupiny se ještě nesešla, a proto neuvádí žádné stanovisko.

- Hlavní problémy v činnosti odborné pracovní skupiny a naopak její přínos

Pracovníci šetřených úřadů práce neuvedli žádné hlavní problémy v činnosti odborné pracovní skupiny. Na jednom úřadu práce považují práci odborné pracovní skupiny pouze za formální činnost bez jakéhokoliv přínosu. Naopak na jiném úřadu práce vidí v různých úhlech pohledů členů – odborníků na danou problematiku veliký přínos.

4.4. Vnější sociálně ekonomické prostředí

Každý úřad práce má specifické podmínky své činnosti. Má typickou skladbu svých klientů. Zároveň má ve svém okrese vytvořenou síť organizací, které pracují s osobami se zdravotním postižením a zajišťují pro ně různé sociální služby. S těmito organizacemi příslušný úřad práce spolupracuje.

- Počet přijatých žádostí o pracovní rehabilitaci k 31.12.2007 a počet sestavených individuálních plánů pracovní rehabilitace (IPPR) k 31.12.2007²²

K 31.12.2007 bylo na šetřených úřadech práce ústeckého kraje přijato 52 žádostí o pracovní rehabilitaci a sestaveno 38 IPPR. Rozdíly však mezi jednotlivými úřady práce jsou značné.

Tabulka 9: Počet žádostí o PR a sestavených IPPR k 31.12.2007

	Počet žádostí o pracovní rehabilitaci	Počet sestavených IPPR
Ústí nad Labem	3	3
Děčín	0	0
Teplice	1	0
Most	2	0
Litoměřice	1	0
Louny	34 (ESF)	34 (ESF)
Chomutov	11	1

Zdroj: Vlastní výzkum

Na jednom úřadu práce mají přijato 34 žádostí a také tolik sestavených individuálních plánů. Vše však realizovali v roce 2005 v rámci Iniciativy Společenství

²² „Úřad práce v součinnosti s osobou se zdravotním postižením sestaví individuální plán pracovní rehabilitace s ohledem na její zdravotní způsobilost, schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost a kvalifikaci a s ohledem na situaci na trhu práce, přitom vychází z vyjádření odborné pracovní skupiny.“ (§69 odst. 4 zákona č.435/2004 Sb., o zaměstnanosti)

EQUAL, od té doby nebyla na jejich úřadě podána žádná žádost o PR a také se touto problematikou nezabývají. Vše řeší v rámci nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti a ne pracovní rehabilitace. Na jiném úřadu práce nemají přijatou žádnou žádost.

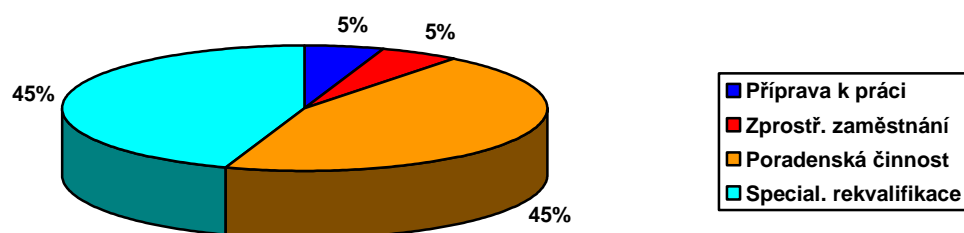
▪ Čerpání jednotlivých forem pracovní rehabilitace

Vzhledem k tomu, že u čtyř úřadů práce není sestavený žádný IPPR, bylo šetření provedeno u zbývajících úřadů. Byly čerpány tyto formy PR:

- příprava k práci
- rekvalifikace
- poradenská činnost
- zprostředkování zaměstnání..

Ostatní formy nebyly čerpány.

Graf 2: Čerpání jednotlivých forem PR (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

▪ Formy PR, které jsou zabezpečovány pomocí externí služby

Šetřením bylo zjištěno, že se jedná o některé typy poradenské činnosti: je to především ergodiagnostika a bilanční diagnostika, dále je to příprava k práci a specializované rekvalifikační kurzy. Jeden úřad práce má externím dodavatelem zajištěno zprostředkování zaměstnání. Dodavatelem je agentura práce, která se specializuje na vyhledávání volných pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením. V rámci své služby zajišťuje i aktivní účast osoby se zdravotním postižením a její doprovod na výběrová řízení.

▪ Komplikovanost forem PR z hlediska jejich zajištění

Jako nejkomplicovanější formu PR označili pracovníci šetřených úřadů práce přípravu k práci. Označili ji jako náročnou z těchto hledisek:

- obtížně se nachází zaměstnavatel nebo vzdělávací instituce, kde by měla příprava k práci probíhat
- vysoká finanční náročnost²³
- velká administrativní zátěž²⁴
- nemožnost jejího provádění kdekoliv na otevřeném trhu práce.

Jako nemožnou pro realizaci uvedli všichni pracovníci „přípravu na budoucí povolání“. Shodli se na vysoké finanční zátěži a na problematickém výpočtu nákladů. Do 31.12.2008 nebyla na žádném úřadu práce v České republice tato forma PR realizována.²⁵

▪ Hlavní problémy při zajišťování PR

Šetřením bylo zjištěno, že se jedná o administrativní zátěž celého procesu, ze které mají pracovníci úřadů práce obavy. Dále bylo uváděno, že není legislativně ošetřeno, jak postupovat, když klient opakovaně odmítá navrhované postupy a odbornou pracovní skupinou schválené formy PR. Někteří pracovníci poukazovali na to, že z legislativy vyplývá povinnost zajistit klientovi jeho nároky, které mohou být i finančně nepřiměřené. Jako další problém byla uváděna nemožnost předpovídat počet žádostí o PR a následných forem PR, vzhledem k plánování položek rozpočtu úřadů práce na příslušný kalendářní rok.

▪ Informovanost OZP o možnostech PR

Šetření pracovníci byli požádáni, aby označili informovanost OZP o možnostech jednotlivých forem pracovní rehabilitace na uvedené škále: naprosto dostatečná - dostatečná – nedostatečná - naprosto nedostatečná a zdůvodnili svůj názor. Výsledek znázorňuje graf 3.

Více než polovina pracovníků považuje informovanost OZP za dostatečnou. Uváděli, že dostatek informací mají především organizace, které pracují s lidmi se

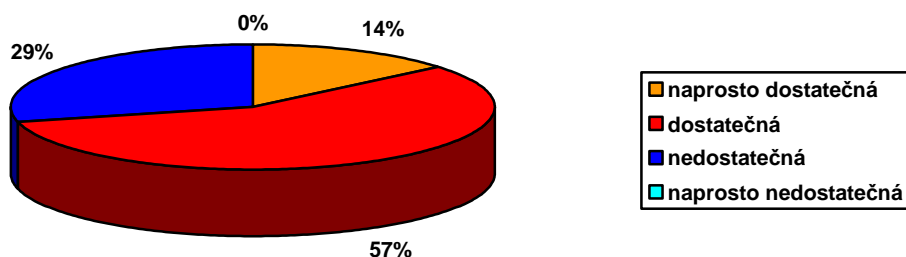
²³ Vyhláška č.518/2004 Sb. (§3 odst. 2, §4)

²⁴ Oznámení č.15/2006

²⁵ Ing.J.Strnadová – MPSV ČR

zdravotním postižením, a ti je pak předávají případným zájemcům o PR. Dva úřady uvedly, že informovanost je nedostatečná a navrhují umístit informace o PR na místa, kam lidé se zdravotním postižením docházejí, tzn. k lékařům a do organizací, kde se tyto lidé sdružují. Pracovníci uváděli, že pokud osoba se zdravotním postižením není v evidenci úřadu práce, nemá možnost se o institutu PR dozvědět.

Graf 3: Informovanost OZP o možnostech PR



Zdroje: Vlastní výzkum

▪ Největší obecné překážky pro zaměstnávání OZP ze strany zaměstnavatelů

Všichni pracovníci ze šetřených úřadů práce se shodli na těchto obecných překážkách:

- obava z časté nemocnosti
- malá znalost potřeb osob se zdravotním postižením
- „strach z neznámého“ (malá znalost problematiky – očekávání těžko řešitelných problémů)
- nízká flexibilita
- nízké pracovní nasazení.

Jeden z úřadů práce uvedl zvýšené finanční náklady pro zaměstnavatele a druhý zmínil nedostatečnou finanční podporu státu.

▪ Nejčastější problémy, které jsou řešeny v souvislosti se zaměstnáváním OZP ze strany OZP

Jedná se o tyto problémy:

- **především nedostatek vhodné práce na trhu práce**
- nízká pracovní kvalifikace
- nízká flexibilita zaměstnavatelů (pružná prac.doba, částečné úvazky)
- nízká motivace k práci ze strany osob se zdrav. postižením až nezájem
- nízké finanční ohodnocení nabízené práce.

Zvýšená pracovně právní ochrana osob se zdravotním postižením se ukazuje jako nevýznamná překážka při zaměstnávání těchto osob. Stále přetrvává nedostatečné neekonomické uznání zaměstnavatelů, kteří zaměstnávají osoby s zdravotním postižením.

▪ Doporučené subjekty sociální politiky pro vznik potenciální spolupráce v oblasti PR

V rámci šetření byli pracovníci dotazováni na subjekty sociální politiky, které by doporučili pro potenciální spolupráci v oblasti PR. Respondenti vybírali z těchto subjektů:

- stát a jeho orgány (vláda a její správní orgány zodpovídající za uskutečnění konkrétní sociální politiky v daném čase)
- zaměstnavatelé
- zaměstnavatelské, zaměstnanecké odborové orgány
- obce a jejich orgány a instituce
- občanské iniciativy, dobročinné organizace, charitativní instituce
- církve
- občané, rodiny a domácnosti.

Jak ukázalo šetření, pracovníci šetřených úřadů práce doporučují spolupráci v oblasti PR především se zaměstnavateli, neziskovými organizacemi, s centrálními orgány státní správy a jeden úřad práce uvádí i nutnost spolupráce s rodinou osoby se zdravotním postižením.

Spolupráci s obcí a jejich orgány uvedl pouze jeden úřad práce.

▪ Překážky pro vznik spolupráce v oblasti PR se subjekty sociální politiky

Při šetření byly specifikovány tyto překážky:

- nepovinnost spolupráce (případná spolupráce je považována za práci „navíc“ a není finančně ohodnocena)

- nedostatek vhodných partnerů
- vysoká pracovní vytíženost pracovníků úřadů práce v jiných oblastech
- neprovázanost celého systému – není vytvořen komplexní systém rehabilitace.
- Možnost používání technik případové práce v problematice PR (case management²⁶)

Šetřením bylo zjištěno, že více než polovina pracovníků úřadů práce považuje případové vedení za vhodný a vítaný nástroj pro práci s osobami se zdravotním postižením v oblasti PR. Dva pracovníci se k položené otázce nevyjádřili, protože jim nebyl znám význam pojmu případová práce a nedokázali si představit, jak tuto techniku sociální práce využít v praxi.

²⁶ „Případové vedení“

5. Diskuse

V diskuzi bych se ráda zmínila o výsledcích šetření. Pokusím se analyzovat silné a slabé stránky současného stavu z hlediska stávající legislativy a praxe s úmyslem vytvořit schéma postupů, které by dávaly možnost zohlednit potřeby a schopnosti účastníků rehabilitace a tím zvýšily jejich možnost uplatnění na trhu práce.

Pfeiffer říká, že „čím déle je člověk se zdravotním postižením bez aktivní možnosti začlenění, tím více začne spoléhat na důchod. Důchod by se neměl nazývat invalidní, ale zdravotní, aby člověku pomohl rozvíjet jeho zdravou část osoby. S délkou nezaměstnanosti klesá naděje na zaměstnanost“ (36).

Základní legislativní normou, související s fungováním reálného trhu práce v ČR, je zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, který je účinný od 1. října 2004. Upřesňuje postupy a zpřístupňuje podmínky při zprostředkování zaměstnání úřady práce, zejména podmínky pro zařazení a vedení v evidenci uchazečů o zaměstnání, a to za účelem zvýšení motivace uchazeče o zaměstnání ke spolupráci s úřadem práce v procesu zaměstnávání. Dbá o rovné zacházení a zákaz diskriminace při uplatňování práva na zaměstnávání.

Jedním z důležitých prostředků pomoci zdravotně postiženým lidem je pracovní rehabilitace, která je ve výše uvedeném zákoně definována. Jejím smyslem je zvýšená péče o osoby se zdravotním postižením a měla by být součástí „ucelené“ rehabilitace jako komplexní služba, což v současné době ještě není naplněno.

Současná právní norma uvádí, že:

- osoby s zdravotním postižením **mají právo** na pracovní rehabilitaci
- pracovní rehabilitaci **zabezpečuje** úřad práce místně příslušný **podle bydliště OZP** ve spolupráci s pracovními rehabilitačními středisky, nebo může na základě písemné dohody pověřit zabezpečením pracovní rehabilitace jinou právnickou nebo fyzickou osobu
- pracovní rehabilitace je **souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání OZP**, kterou na základě **její žádosti** zabezpečují úřady práce a hradí náklady s ní spojené.

Z definice vyplývá, že pracovní rehabilitace není běžným nástrojem aktivní politiky zaměstnanosti, ale její smysl je v péči o člověka. K tomu má definované nástroje, které jsou nazvány **formy PR:**

Poradenská činnost je forma PR, která má nezastupitelné místo v celém procesu. Z šetření vyplynulo, že *stanovení komplexní profesní diagnostiky je rozhodující pro úspěšnost pracovní rehabilitace*²⁷. Tato skutečnost byla zohledněna v navrženém schématu.

- Bilanční diagnostika = zhodnocení schopností a možností klienta (§22 odst. 2 vyhl.č.518/2004 Sb.)

- Pracovní diagnostika = ověření předpokladů fyzické osoby k pracovnímu uplatnění (§22 odst.2 vyhl.č.518/2004 Sb.), např. COMDI, ELIGO – dg. programy, ISTP (Informační systém typových pozic). Tyto diagnostické programy jsou používány na většině úřadů práce. Předpokladem práce s těmito metodami je absolvování více stupňového školení a vyšší vzdělání z oblasti pedagogické nebo sociální, v ideálním případě je to interpretace psychologem.

- Ergodiagnostika = vyšetření funkčního psycho-senzo-motorického potenciálu. Jedná se o ne tak běžný způsob diagnostiky, který je limitován existencí ergodiagnostických center. Považuji ji za důležitou součást celého rehabilitačního procesu. Člověk by neměl být hodnocen podle morfologické diagnózy²⁸, ale pouze podle funkční diagnózy²⁹. Toto vyšetření je prováděno v rehabilitačních centrech, která jsou zdravotnická zařízení se spádovou oblastí nad 100 000 obyvatel³⁰. Tato centra zajišťují mimo jiné i návaznost rehabilitace v působnosti MZ ČR na rehabilitaci prováděnou orgány a organizacemi v působnosti jiných resortů, zejména MPSV a MŠMT. Odborníci rehabilitačních center na základě odborných vyšetření poskytují výsledky funkčního vyšetření, které např. pro potřeby úřadu práce obsahuje posouzení: motivace k práci, postoje k činnosti, manuální dovednosti, schopnosti pracovat, schopnosti sociálního kontaktu a spolupráce, snášenlivost zátěže, zapojení postižených

²⁷ Pilotní ověřování Poradenského modulu v projektu Rehabilitace – Aktivace – Práce (EQUAL)

²⁸ Morfologická diagnóza – vymezuje spíše omezení a kontraindikace činnosti – negativní vymezení

²⁹ Funkční diagnóza – určuje a hledá funkční potenciál a dovednosti jedince v rámci či úrazu – pozitivní schopnosti

³⁰ Metodický pokyn MZ ČR z roku 1991

částí těla, kvalitu práce, vnímavost k dopomoci, využití předchozího potenciálu, včetně vyjádření k úpravě pracovního prostředí, délce pracovní doby, délce a četnosti přestávek, ke vhodné poloze při práci, k zátěži a výdrž, event. vyjádření ke schopnosti rekvalifikace nebo zvýšení vzdělání. Tím se dostávají k pracovníkům úřadů práce dostatečné informace o osobě se zdravotním postižením, a také **pozitivní rekomandace** k možnému pracovnímu zařazení.

Podle zákona o zaměstnanosti je velká diskrepance v posuzování zdravotního stavu. V § 21 odst. 2 se hovoří o podrobení vyšetření žadatele o pracovní rehabilitaci „ve smluvním zdravotnickém zařízení určeném úřadem práce“, přičemž toto není dále specifikováno a je odkazováno na zákon 20/1966 Sb. o zdraví lidu ve znění zákona 548/1991 Sb., ten zdravotnické zařízení definuje v § 31 odst. 2, kde říká „soustavu zdravotnických zařízení tvoří zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob“ a podobně lze dovozovat z § 39 „Zdravotnická zařízení zřizují ministerstvo zdravotnictví, okresní úřady, obce, fyzické a právnické osoby“. Z toho vyplývá, že zdravotnickým zařízením je jak komplexní ergodiagnostické centrum, tak stejně i ambulance praktického lékaře. Proto v současné době je snaha o vznik celorepublikové koncepce ergodiagnostiky s komplexními ergodiagnostickými centry, která budou umístěna tak, aby pokrývala potřeby jednotlivých regionů (50).

Důraz je kladen na vysokou odbornost těchto center a ne na jejich celkový počet. Personální předpoklady takového týmu jsou:

◇ Ergodiagnostický tým – základní

Lékař ergodiagnostického centra

Ergoterapeut

Fyzioterapeut

Klinický psycholog

◇ Ergodiagnostický tým – rozšířený

Logoped

Sociální pracovník

◇ Konziliární tým – lékaři specialisté

Psychiatr, oční lékař, lékař ORL, kardiolog, ...

Stupně ergodiagnostiky:

Ergodiagnostika 1. sledu obsahuje základní a rozšířený stupeň. Je prováděná u nejčastějších a základních typů zdravotního postižení (vertebrogení onemocnění, základní neurologická onemocnění, onemocnění srdce a cév, ...). Předpoklad je 1-3 ergodiagnostických center v jednotlivých krajích.

Ergodiagnostika 2. sledu obsahuje specializovaný stupeň. Provádí se u méně častých a komplexních postižení. Předpokladem jsou tři ergodiagnostická centra v ČR. (26).

- Poradenství pro volbu povolání = zajišťují všechna Informační a poradenská střediska úřadů práce (§21 odst.1 vyhl. č.518/2004 Sb.)
- Poradenství pro volbu a změnu zaměstnání
- Poradenství pro volbu rekvalifikace (§21 odst.2 vyhl. č. 518/2004 Sb.)
- Poradenství pro volbu přípravy k práci (§21 odst.4 vyhl. č.518/2004 Sb.)
- Poradenství při výběru vhodných nástrojů APZ (§21 odst.5 vyhl. č.518/2004 Sb.)

Výše uvedené typy poradenství na dotazovaných úřadech práce byly většinou zabezpečeny pracovníky příslušného úřadu. Výjimkou byla ergodiagnostika. Dva regiony Ústeckého kraje mají možnost využívat služby Rehabilitačního centra (region Ústí nad Labem a Chomutov). Ostatní respondenti uváděli neochotu účastníků PR k dojíždění do těchto center. Jednou z eventualit řešení tohoto problému je možnost úhrady cestovních nákladů účastníka rehabilitace.

▪ **Teoretická a praktická příprava pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost**

- Příprava k práci = je to cílená činnost směřující k zapracování OZP na vhodné pracovní místo a k získání znalostí, dovedností a návyků nutných pro výkon zvoleného zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, doba trvání maximálně 24 měsíců (§72-§73 zákona č.435/2004 Sb., §3 vyhl. č.518/2004 Sb.).

Šetřením bylo zjištěno, že tato forma PR je pracovníky úřadů práce považována za nejkomplicovanější, ale domnívám se, že je velkým přínosem pro začlenění OZP na pracovní trh. Dává klientům možnost vyzkoušet si přidělenou práci a mít dostatečný čas k zapracování na danou pracovní pozici. Také zaměstnavatelům dává možnost zjistit

pracovní potenciál účastníka pracovní rehabilitace a jeho vhodnost pro dané pracovní místo, a to vše bez finanční zátěže.

- Příprava na budoucí povolání = nástup na soustavnou přípravu na povolání, tzn. návrat do školské soustavy (zákon č.29/19884 Sb.). Pokud by byl žadatelem o PR mladý člověk, osoba se zdravotním postižením, který ještě nemá dokončené vzdělání a nemůže mít statut uchazeče o zaměstnání, jako účastník PR může čerpat denní nebo prezenční formu studia. Pokud by byla žadatelem dospělá osoba se zdravotním postižením, která má statut uchazeče nebo zájemce o zaměstnání, může čerpat dálkovou formu studia.

Jedná se formu PR, která ještě nebyla na žádném úřadu práce vyzkoušená a zatím nebyla stanoven způsob, jak by byl proveden výpočet finančních nákladů. Podle šetření se jedná o formu, které se dotazovaní pracovníci velmi obávali. Uváděli, že si neumí představit, jakým způsobem by prováděli výpočet finančních nákladů a zároveň zmiňovali i domněnku velkého časového rozsahu. Absolvování uceleného vzdělávacího procesu předpokládá časovou náročnost i několika let.

- Specializované rekvalifikační kurzy (§74 zákon č.435/2004 Sb., o zaměstnanosti) = pro osoby se zdravotním postižením mohou být organizovány specializované rekvalifikační kurzy, které jsou specifikovány pro potřeby a zájmy těchto lidí. Tyto kurzy jsou uskutečňovány za stejných podmínek jako rekvalifikace (§109) a účastníkům po dobu konání náleží podpora při rekvalifikaci, dále mají také nárok na úhradu jízdného a stravného. Podpora při rekvalifikaci a ostatní nárokové složky náleží rekvalifikantovi i v případě, že není veden v evidenci uchazečů o zaměstnání, ale musí být účastníkem pracovní rehabilitace. Úřady práce proto volí „levnější“ formu, a to rekvalifikaci, hrazenou z prostředků aktivní politiky zaměstnanosti při nezařazení uchazeče do procesu PR.

Tento typ rekvalifikace je podle šetření čerpán stejně jako poradenství. Respondenti uváděli, že není problémem zajistit jej.

▪ **Zprostředkování zaměstnání**

- Zprostředkování zaměstnání úřadem práce
- Poradenství pro zprostředkování vhodného zaměstnání

- Poradenství k jiné výdělečné činnosti
- Agenturní zprostředkování zaměstnání = musí mít povolení ke zprostředkování zaměstnání

Tyto formy pracovní rehabilitace patří k běžné činnosti úřadů práce. Pokud jsou poskytovány účastníku pracovní rehabilitace, potom má tento klient nárok na úhradu jízdného a stravného.

▪ **Udržení a změna zaměstnání, změna povolání** je forma pracovní rehabilitace, která není jasně definovaná v zákoně. Je službou³¹ a má smysl už ve svém názvu, proto může být vhodným způsobem spolupráce s agenturami podporovaného zaměstnávání. K těmto činnostem patří:

- Individuální poradenství
- Účast na akcích v JOB klubech
- Konzultace s psychologem
- Zpracování osoby se zdravotním postižením = není to příprava k práci
- Doprava do zaměstnání s pomocí asistenta

▪ **Vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti**

- Spolupráce s odborníkem (psycholog, sociální pracovník, ergonom, rehabilitační pracovník)
- Spolupráce s jinou fyzickou osobou, jejíž účast je nezbytná pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti
- Poskytnutí příspěvků aktivní politiky zaměstnanosti

Poslední formy jsou důkazem toho, že **pracovní rehabilitace nemusí skončit uzavřením pracovního poměru**. Příkladem může být rekvalifikant, který již nastoupil do pracovního poměru a má uzavřenou platnou právní formu pracovní smlouvy a potřebuje ještě další spolupráci, tzn., že může čerpat některé z výše uvedených forem pracovní rehabilitace.

³¹ Podporované zaměstnávání jako forma PR:

- Poradenství
- Udržení a změna zaměstnání, změna povolání
- Vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání
- Vytváření vhodných podmínek pro výkon jiné výdělečné činnosti

Výsledky šetření ukázaly, že dosud není vyvážena nabídka a poptávka po službách z oblasti pracovní rehabilitace. V jednotlivých regionech existují rozdíly mezi strukturou nabízených služeb a potřebami osob se zdravotním postižením. Chybí organizace, které by poskytovaly některé z forem pracovní rehabilitace.

Domnívám se, že jedním z důležitých úkolů pracovníka úřadu práce, který zabezpečuje institut pracovní rehabilitace, je snaha vytvořit ve svém regionu síť právě těchto organizací. Přínosem by byla standardizace celého procesu, která by se týkala především poskytovaných služeb a realizovaných postupů.

Dále jsem šetřením zjistila, že celý proces pracovní rehabilitace je vnímán, jako administrativně a finančně nákladná záležitost. V zákonné definici pracovní rehabilitace je uvedeno, že příslušný úřad práce pracovní rehabilitaci zabezpečuje a zároveň hradí náklady³² s ní spojené. Příkladem jsou náklady, které musí být hrazeny účastníkovi pracovní rehabilitace, při splnění všech potřebných náležitostí. Jedná se o prokázané **jízdní výdaje** z místa bydliště³³ do místa konání pracovní rehabilitace a zpět. Dále o prokázané **výdaje na ubytování** po dobu pracovní rehabilitace, pokud se koná mimo obec bydliště účastníka pracovní rehabilitace, maximálně do výšky 1000 Kč na den. Další nárokovou položkou je **stravné** podle zvláštního předpisu ve dnech účasti na pracovní rehabilitaci. Nutností je uzavření **pojištění pro případ škody** způsobené účastníkem pracovní rehabilitace v rámci pracovní rehabilitace, popřípadě další pojištění spojené s pracovní rehabilitací v zahraničí³⁴. Jeden z respondentů uváděl případ, kdy zabezpečoval pro účastníka pracovní rehabilitace speciální rekvalifikační kurz, který měl být realizován formou pobytovou a měl trvat 5 měsíců. Uskutečnění této formy rekvalifikace znamenalo předpokládaný náklad na jízdné, výdaje na ubytování a stravné ve výši přes 120 tisíc korun. Před podepsáním Dohody o rekvalifikaci rehabilitant tuto formu pracovní rehabilitace odmítl s odůvodněním časové náročnosti.

Sporné je to, že každý úřad práce musí dopředu plánovat výši finanční částky, se kterou bude v následujícím období hospodařit, ale formy pracovní rehabilitace nelze

³² §2 až §4 vyhláška č. 518/2004 Sb.

³³ Trvalé bydliště

³⁴ Dosud nerealizováno

dopředu naplánovat. Ty by měly především vycházet z potřeb a schopností rehabilitantů.

Zdravotní postižení jedince je příčinou menšího či většího poklesu jeho schopností nebo výkonu. V praxi lze mnoho důsledků postižení kompenzovat, plné odstranění znevýhodnění je však spíše teoretickou možností, takovým ideálním stavem. Stále u nás převládá přístup, který je zaměřen na technické překážky a administrativní postupy. Začlenění znevýhodněných osob do ekonomické aktivity má v konečném důsledku pozitivní ekonomické dopady³⁵. Z převažujících postojů zaměstnavatelů je však patrné, že plnění povinného podílu zaměstnanců³⁶ je vnímáno negativně, jako narušení tržního prostředí tzv. skrytá „invalidní daň“ a ne jako solidární povinnost podílet se na řešení sociálního a pracovního začlenění postižených osob.

Za úvahu stojí: „Netrestat za to, co jsme neudělali, ale odměňovat za to, co jsme udělali“. Smyslem tohoto výroku je uvažovat o změně přístupu k této sporné otázce. To znamená, neodvádět povinný podíl, ale daňově zvýhodňovat ty zaměstnavatele, kteří osoby se zdravotním postižením zaměstnávají.

Z poznatků praxe i uskutečněných analýz³⁷ vyplývá řada překážek, které brání začlenění významnějšího počtu a podílu uchazečů se zdravotním postižením na volný pracovní trh. Jedná se o tyto obecné bariéry:

1. Nedostatečné společenské povědomí o životě a potřebách osob se zdravotním postižením
2. Neexistence moderní koncepce začleňování
3. Pracovní rehabilitace a rekvalifikace jsou zaměřené ke konkrétnímu místu – roztržitá a nekoordinovaná snaha o řešení
4. Neexistence nebo ubývání vhodných pracovních příležitostí.

Dotazovaní pracovníci úřadů práce uváděli ze své praxe další překážky ze strany zaměstnavatelů:

- obava z časté nemocnosti

³⁵ Nezaměstnaná osoba se zdravotním postižením „vytváří“ ztráty a výdaje veřejných financí 200 tisíc. ročně, tyto ztráty při uplatnění na chráněném trhu práce se sníží na polovinu, při začlenění na volný pracovní trh na méně než čtvrtinu této hodnoty.

³⁶ §81 zákon č.435/2004 Sb., o zaměstnanosti

³⁷ Projekt CIP EQUAL: Rehabilitace – Aktivace - Práce

- malá znalost potřeb osob se zdravotním postižením
- „strach z neznámého“ (malá znalost problematiky – očekávání těžko řešitelných problémů)
- nízká flexibilita osob se zdravotním postižením
- nízké pracovní nasazení osob se zdravotním postižením.

Podmínkou motivace k překonání výše uvedených bariér je porozumění požadavkům, potřebám, jednání a chování obou stran – zaměstnavatel a zaměstnanec se zdravotním znevýhodněním. K tomu mohou pomoci legislativní nástroje motivující zaměstnavatele, příkladem může být výše uvedené daňové zvýhodnění. Dále různé investiční pobídky a programy pro podporu tvorby pracovních míst. Za důležité považují nelegislativní nástroje a tím je především společenská odpovědnost podniků a jejich chování k sociálním problémům, které by mělo být součástí podnikové etiky. Stále se však nedaří zvýšit společenské uznání zaměstnavatelů, kteří zaměstnávají osoby s zdravotním postižením. Je to dlouhodobý proces. Fyzické bariéry je možně odstranit, ale co je potřeba změnit, to je myšlení lidí.

Dalším nedostatkem současného stavu, který ovlivňuje úspěšnost zařazení osoby se zdravotním postižením na trh práce je nedostatečné zajištění potřebné součinnosti s ostatními složkami rehabilitace. Důsledkem toho je nízká úroveň provázanosti a koordinace činností a postupů jednotlivých subjektů, působících v dané oblasti.

Úloha pracovníka úřadu práce má spočívat v práci s klientem a koordinaci celého procesu pracovní rehabilitace. Předpokladem takové odborné činnosti je jeho teoretické zázemí = konceptuální výbava³⁸. Snaha pomáhat lidem bez přesného porozumění jejich potížím bez znalosti metodických postupů a jejich indikace je nebezpečná. Může ohrožovat klienty (27). Pracovník pracuje s klientem individuálně, prochází s ním všechny fáze řešení, naslouchá jeho požadavkům a pomáhá mu plánovat další kroky. Těžiště individuální práce s klientem spočívá především ve vypracování celkové anamnézy, v efektivní spolupráci s relevantními subjekty³⁹, musí být iniciátorem komunikace, tzn. pořádání kulatých stolů a jednání face to face. Také

³⁸ Příloha 2: Grafické znázornění – Konceptuální systém sociální práce

³⁹ Networking – propojování a vytváření sítě vztahů

pravidelně hodnotí a reflektuje práci s klientem, jeho dosažené cíle a potřeby. Na závěr provádí zhodnocení dosažených cílů se všemi účastníky procesu. Tím ale jeho činnost nekončí, iniciuje a koordinuje aktivity nejen pro klienty, ale i zaměstnavatele a další subjekty. Příkladem může být úprava pracovního místa u zaměstnavatele podle potřeb osoby se zdravotním postižením, zajišťuje nástroje finanční podpory, zajišťuje poradenství apod. Zprostředkovává klientovi podporu „šitou na míru“. Úzce spolupracuje s místními úřady, dále se zdravotnickými, sociálními a finančními institucemi.

Při realizaci všech těchto aktivit je důležité, aby byl dodržen cíleně orientovaný přístup ke klientovi. Ten spočívá především v podpoře schopnosti klienta sám řešit svůj problém, adaptovat se nárokům a vyvíjet se. Důležité je zprostředkování kontaktu klienta s agenturami, které mu mohou poskytnout služby a potřebné informace pro řešení jeho sociální situace. Pracovník by se měl snažit o napomáhání tomu, aby systémy podpory klientům pracovaly humánně a efektivně. Příkladem může být situace zadluženosti klienta, která se objevuje často a negativně ovlivňuje postoje klienta k nabízeným možnostem.

Z výsledků šetření vyplývá, že více než polovina dotazovaných pracovníků považuje případové vedení za nutnost, ale stále existují pracovníci, kteří nemají žádné teoretické zázemí pro svou práci a nedokázali si představit, jak tuto techniku sociální práce využít v praxi. V současné době je kladen velký důraz na vzdělávání úředníků a probíhá mnoho školících akcí, které se touto problematikou zabývají. Je na rozhodnutí příslušného pracovníka, zda se takových seminářů zúčastní.

Pracovní rehabilitaci z pohledu právní úpravy lze považovat v současné době za nejuceleněji propracovaný systém v oblasti rehabilitace. Všechny potřebné dokumenty a smlouvy, které slouží k zajištění celého procesu pracovní rehabilitace, jsou v jednotné podobě k dispozici v interním informačním systému úřadů práce⁴⁰ v celé ČR. Výzkum ukázal, že obecná pravidla jsou nastavena, a že je záležitostí každého úřadu práce, jak k nim přistoupí.

⁴⁰ OK práce

Za zmínku stojí podmínka stanovení složení odborné pracovní komise a její odborná rozmanitost, která by byla přínosem v komplexním pohledu na rehabilitanta a stanovení forem PR.

Dále z šetření vyplynulo, že na několika šetřených úřadech práce není vypracován Jednací řád a hierarchie jednání není vymezená. Při této otázce respondenti neuváděli žádný problém, který by tato neexistence vnitřního dokumentu způsobovala. Přesto se domnívám, že by měl být na každém úřadu práce jednotný Jednací řád, který by přesně stanovil postup jednání a rozhodování. Také by měla být ošetřena případná neshoda členů Odborné pracovní skupiny.

Na základě šetření a z legislativního rámce bylo možné stanovit tři varianty, které zohledňují různé možnosti zahájení procesu PR a umožňují efektivní využití jejich jednotlivých forem.

1. varianta – OZP v evidenci úřadu práce (Grafické znázornění – Příloha 5)

Pracovník úřadu práce informuje uchazeče o možnostech PR a zařadí jej do poradenství, které vede k získání informací pro další postup s klientem. Tyto informace jsou na kazuistické konferenci zhodnoceny odborníky. Výstupem by mělo být zhodnocení pracovního potenciálu, a to formou pozitivní rekomandace nebo doporučení pro některou z diagnostických metod. Také může být zvolená možnost využití ostatních nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti. Další možností je doporučení klienta do procesu pracovní rehabilitace, podáním žádosti o pracovní rehabilitaci. Podáním žádosti, kterou musí žadatel o PR podat osobně, je zahájena pracovní rehabilitace. Činnost, která probíhá před podáním žádosti by se mohla nazývat předpracovní rehabilitací⁴¹. Povinností pracovníka úřadu práce je sestavit společně s rehabilitantem Návrh IPPR. Využije k tomu podklady získané na kazuistické konferenci. Tento návrh je postoupen k projednání Odbornou pracovní skupinou. Pokud jej doporučí ke schválení, je tento návrh předložen vedení úřadu práce k vyjádření. Pokud Návrh IPPR není Odbornou pracovní skupinou doporučen, musí být přepracován a znovu posouzen. Po souhlasu vedení úřadu práce je sestaven IPPR, který je nutné nechat podepsat, jak vedením úřadu

⁴¹ Tento termín je pracovně použit v dosud neschváleném návrhu metodik pro pracovní rehabilitaci v rámci projektu Rehabilitace – Aktivace – Práce.

práce, tak také účastníkem pracovní rehabilitace. Následně začíná proces realizace IPPR. Jsou vystaveny příslušné dohody dle formy PR, které je nutné připravit nejen pro realizátora, ale zároveň i účastníka. V průběhu realizace PR je prováděno průběžné hodnocení a na závěr je provedeno celkové zhodnocení.

2. varianta – OZP mimo evidenci úřadu práce (Grafické znázornění – Příloha 6)

Žádost o PR je podána OZP tzv. „z ulice“. Jedná se o OZP, která není evidovaná na ÚP a pracovník nemá dostatek podkladů pro Návrh IPPR. Většinou má k dispozici pouze rozhodnutí ČSSZ a rekomandaci posudkového lékaře. Z tohoto důvodu je vhodné, aby v Návrhu IPPR bylo zařazeno poradenství a diagnostika jako úvodní forma. Další postup je stejný jako v 1.variantě. Předpokládá se, že po absolvování poradenské a diagnostické aktivity bude IPPR doplněno o další formy PR. Doplnění musí být opět schváleno Odbornou pracovní skupinou. Tato varianta je složitější v tom, že pracovník úřadu práce má pro sestavení Návrhu IPPR nedostatek materiálů a musí je v průběhu procesu PR doplňovat. Tím se prodlužuje doba od podání Žádosti o PR a také se navyšuje administrativní činnost.

3. varianta – Osoba v pracovní neschopnosti (Grafické znázornění – Příloha 7)

Jedná se o osobu, která je v procesu léčebné rehabilitace nebo dlouhodobé pracovní neschopnosti. Podmínky vstupu do PR jsou:

- doporučení ošetřujícího lékaře (ne praktického lékaře, ale specialisty!)
- ukončení akutní léčebné fáze.

Objektivní předpoklad – indikace zhoršení zdravotního stavu a poklesu pracovní schopnosti na úroveň OZP.

Žádost o PR je podaná na podkladě indikace ošetřujícího lékaře. Pracovník má dostatek aktuálních informací o zdravotním stavu rehabilitanta pro sestavení Návrhu IPPR. Po doporučení Odbornou pracovní skupinou a podpisu IPPR jsou realizovány navržené formy PR jako u výše uvedených variant.

Jedná se o specifickou variantu, která pravděpodobně nebude zcela běžná, ale bude možná. Velkou výhodou je, že včasná Žádost o PR může předejít dlouhodobé pracovní neschopnosti. Obvykle když je ukončena akutní léčebná péče, nastupuje léčebná rehabilitace, která může probíhat i po dobu několika měsíců ambulantně. To je

okamžik, kdy je možno zahájit spolupráci všech aktérů rehabilitace. Jedná se o pracovníka úřadu práce (pracovní rehabilitace), sociálního pracovníka (sociální rehabilitace) a rehabilitačního pracovníka (léčebná rehabilitace). Žádoucí by byla i spolupráce se zaměstnavatelem. Výhodou je, že zkrácením pracovní neschopnosti se omezuje riziko ztráty pracovních a sociálních návyků, které vedou ke ztížení uplatnění na trhu práce. Je to také prevence proti uvíznutí v systému sociálních dávek.

Všechny tyto variace dávají možnost využívat všechny formy PR, jejichž cílem je udržet nebo získat vhodné zaměstnání.

V Evropské unii je přístup k lidem se zdravotním postižením a jejich umístění na trh práce zcela odlišný, než je v České republice.

Příkladem může být Holandsko. V nastaveném systému je velká zodpovědnost na zaměstnavateli a obcích. Vychází se z posudku zdravotního postižení:

- krátkodobé zdravotní postižení (104 týdnů) – v zodpovědnosti zaměstnavatele a zaměstnance
- dlouhodobé zdravotní postižení – posudek je v zodpovědnosti UWW (Institut pro zaměstnanecké dávkové systémy)

UWV je takovým „strážcem“, který ověřuje kvalitu aktivit, jež mají dotyčné osobě pomoci se vrátit zpět do práce (programy opětovného začlenění na trh práce). Pokud uzná, že se tak neděje, může až 3 roky hradit zaměstnavatel dávky v nemoci. Dále je tam vytvořen tzv. „řetěz spolupráce“, kde spolupracují tyto subjekty: zaměstnavatelé, CWI (pracovní střediska – naše úřady práce), UWV a především obecní úřady. Začlenění na trh práce je odpovědností UWV a obecních úřadů. Reintegrační aktivity byly zadány soukromým subjektům. V roce 2005 byly na osmi místech zřízeny ukázková centra. Cílem jejich zřízení bylo hledání nových přístupů. S klientem se uzavírá individuální dohoda o reintegraci. klient má možnost vybrat si svůj rehabilitační ústav a má vlastní rozpočet.

Výsledky z roku 2005:

- 84.958 osob (32.310 osoby se zdrav.postižením + 52.648 nezaměstnaných) obdrželo nabídku k reintegraci

- 29.219 osob (12.128 osob se zdrav.postižením + 17.091 nezaměstnaných) se podařilo umístit.

Jedná se o 34% z celkového počtu oslovených. Některé programy jsou dlouhodobé a klient je v procesu hledání. Účast klientů na politice zaměstnanosti je zajištěna Radou klientů, která je na národní, ale i regionální úrovni. Je určena pro nezaměstnané a osoby se zdravotním postižením, její stížnosti a náměty jsou akceptovány pro zkvalitnění služeb UWV. Všechny instituce mají Radu klientů, která kontroluje, ale i chválí. Dále je realizována podpora na udržení, obnovení či zlepšení pracovních míst, a to například dopravou na pracoviště, zdravotními pomůckami, přenosná zařízení pro přizpůsobení pracoviště, osobní pomoc, vedení při práci, odborná příprava a finanční podpora při volbě samostatné výdělečné činnosti až 2 roky. Podpora zaměstnavatele se provádí dotováním mezd do 50% až 1 rok, potom klesá. Dále při přijetí osoby se zdravotním postižením je zaměstnavatel osvobozen od kontinuálního placení mzdy během nemoci pracovníka, platí ji UWV. Je snaha o posun od práce v izolovaných chráněných dílnách k práci na otevřeném pracovním trhu. Odpovědnost nesou obecní úřady (2).

Náš blízký soused, Slovenská republika, poskytuje pracovní rehabilitaci jako fakultativní věcnou dávku z úrazového pojištění, která má podpořit snahu poškozeného o pracovní a sociální integritu. S touto věcnou dávkou souvisí také dávka peněžitého charakteru – rehabilitační, která má finančně zabezpečit poškozeného po dobu absolvování pracovní rehabilitace. Jeho výška je 80% denního vyměřovacího základu poškozeného. Když se příjemci rehabilitačního současně vyplácí předčasný starobní důchod nebo invalidní důchod, výše rehabilitačního se určí jako rozdíl rehabilitačního a vypláčeného důchodu na jeden den. (38).

Vláda v roce 2003 schválila „Stratégiu podpory rastu zamestnanosti“, ve které deklaruje tyto principy:

- ◇ s přiměřenou mírou pomoci je každý jednotlivec schopný smysluplné práce
- ◇ nelze nikomu práci zakazovat

- ◇ pravidla pro souběh příjmu ze zaměstnání a příjmu z veřejných zdrojů (v podobě invalidního důchodu nebo kompenzace zdravotního postižení) musí motivovat k hledání a udržení zaměstnání
- ◇ posílit motivaci zaměstnavatelů k zaměstnávání osob se zdravotním postižením a podpořit instituce, které snižují náklady v této oblasti např. agentury podporovaného zaměstnávání. **(42)**

Jednou z cest, která je aplikovaná v Německu je „případový management“. V něm se mluví o integraci klientů na trh práce, kteří dlouhodobě nemohou práci, protože buď u nich došlo ke ztrátě pracovní návyků nebo jim v práci vadí marginalizující životní okolnosti. Podle odborné koncepce „Případový management orientovaný na zaměstnanost v SGBII“ je definován jako proces zaměřený na klienta s cílem integrovat ho pokud možno dlouhodobě na trh práce. V tomto procesu spolupráce se metodicky shromažďují dostupné zdroje a mnohonásobné problémové situace a společně se plánují nabídky zaopatření a služeb, které následně implementuje, koordinuje, kontroluje a hodnotí případový manažér. Tak se uspokojí individuální potřeba zaopatření klienta s ohledem na cíl jeho přímé a nebo nepřímé integrace na trh práce prostřednictvím poradenství, dostupných zdrojů a nutné součinnosti klienta. Tento přístup je používán také při práci s lidmi zdravotně postiženými **(33)**.

Toto pojetí práce s klientem je velmi blízké i našemu způsobu práce s účastníkem pracovní rehabilitace.

6. Závěr

Zpracováním odborné literatury, která se zabývá oblastí zdravotního postižení, ale především prostřednictvím rozhovorů s respondenty výzkumu jsem se důkladně seznámila s celou problematikou pracovní rehabilitace, která byla tématem mé diplomové práce. Dozvěděla jsem se s jakými potížemi se každodenně zabývají pracovníci úřadů práce, kteří zabezpečují pracovní rehabilitaci na svých úřadech.

Cílem mé práce bylo zjistit, jakým způsobem je pracovní rehabilitace zabezpečována úřady práce v Ústeckém kraji. K naplnění tohoto cíle jsem zvolila studium sekundárních zdrojů a kvalitativní metodu rozhovoru. Domnívám se, že tento cíl byl splněn.

Šetření mi umožnilo stanovit tyto hypotézy:

Pracovní rehabilitace je úřady práce dostatečně legislativně zabezpečena.

Způsob realizace pracovní rehabilitace je závislý na přístupu jednotlivých pracovníků a sítě sociálních partnerů v daném okrese.

Pracovní rehabilitaci z pohledu právní úpravy lze v současné době považovat za nejuceleněji propracovaný systém v rehabilitaci. Výzkum však ukázal existenci regionálních rozdílů mezi strukturou nabízených služeb a potřebami ze strany osob se zdravotním postižením. Zároveň potvrdil, že proces pracovní rehabilitace nemůže být efektivně nastaven, pokud nebude existovat síť sociálních partnerů, kteří se budou podílet na zajištění různých forem pracovní rehabilitace. Z těchto zjištění vyvozují, že jednou z důležitých úloh pracovníka úřadu práce je snaha o vytvoření takové sítě a zároveň o nastavení spolupráce mezi potencionálními partnery. Jedná se o velmi složitý úkol a jeho výsledek je závislý na regionálních podmínkách.

Zapojení zdravotně postižených na pracovní trh je ovlivněno řadou faktorů. Jednou z možností je i vtažení zaměstnavatelů do tohoto procesu tím, že pomocí poradenských služeb úřadu práce a rehabilitačních center, budou schopni identifikovat a specifikovat volná pracovní místa ve svých organizacích.

Dalším mým cílem bylo sjednocení postupů, které by bylo možné aplikovat na úřadech práce v Ústeckém kraji. Pokusila jsem se vytvořit schéma, které by dávalo možnost zohlednit potřeby a schopnosti účastníků pracovní rehabilitace a tím zvýšit

jejich možnosti uplatnění na trhu práce. Také u tohoto cíle se domnívám, že byl naplněn. Výstupem bylo navržení tří variant, které zohledňují různé možnosti zahájení procesu pracovní rehabilitace. Jedná se o tyto variace:

1. Osoba se zdravotním postižením v evidenci úřadu práce⁴²
2. Osoba se zdravotním postižením mimo evidenci úřadu práce⁴³
3. Osoba v pracovní neschopnosti⁴⁴

Výsledky práce mohou využít nejen pracovníci úřadů práce v České republice, ale i široká odborná veřejnost, která se problematikou rehabilitace zabývá.

Pracovní rehabilitace je proces a její smysl je v péči o člověka.

⁴² Příloha 5: Grafické znázornění – OZP v evidenci ÚP (1. varianta)

⁴³ Příloha 6: Grafické znázornění – OZP mimo evidenci ÚP (2.varianta)

⁴⁴ Příloha 7: Grafické znázornění – Osoba v pracovní neschopnosti (3. varianta)

7. Seznam použité literatury a zdrojů

1. ATKINSON, R. L. a kolektiv. *Psychologie*. 2.vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2003. 751 s. ISBN 80-7178-640-3.
2. Bocting, Ad. *Principy a strategie holandské pracovní reintegrační politiky pro osoby se zdravotním postižením*. Seminář k pracovní rehabilitaci. 30. – 31. 1. 2007. SSZ MPSV Praha.
3. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3.3. c1999-2004, poslední aktualizace 11.11.2004. <http://www.boldis.cz/citace1.pdf>.
4. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů*. Verze 3.0(2004). c1999-2004, poslední aktualizace 11.11.2004. <http://www.boldis.cz/citace2.pdf>.
5. BÄRTLOVÁ, E. *Kompetence v sociální práci a analýza komunikace*. 1.vydání. Ústí nad Labem: FSE UJEP Ústí nad Labem, 2005. 40 s.
6. ČERNÁ, J. – TRINNEROVÁ, D. – VACÍK, A. *Právo sociálního zabezpečení*. 2.vydání. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s.r.o., 2007. 230 s. ISBN 978-80-7380-019-2.
7. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3.vydání. Praha: Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
8. GOFFMAN, E. *Stigma*. 2.vydání. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. 270 s. ISBN 80-86429-21-0.
9. HARTL, P. *Psychologický slovník*. 3.vydání. Praha: Jiří Budka, 1996. 297 s. ISBN 80-90 15 49-0-5.
10. HRDÁ, J. a kolektiv. *Zaměstnávání lidí se zdravotním postižením*. 1.vydání. Praha: Jedličkův ústav a školy, 2007. 75 s. ISBN 978-80-903676-1-6.
11. *Charakteristika Ústeckého kraje a jednotlivých okresů* [online]. Poslední aktualizace 14.2.2006. Dostupné z: <http://www.czso.cz/xu/redakce.nsf/i/>
12. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1.vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2005. 406 s. ISBN 80-7367-040-2.

13. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1.vydání. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
14. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí*. 2.vydání. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.
15. JANKOVSKÝ, J. – PFEIFFER, J. – ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1.vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X.
16. JESENSKÝ, J. *Kontrapunkty integrace zdravotně postižených*. 2.vydání. Praha: Karolinum, 1995. 240 s. ISBN 80-7184-030-0.
17. JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1.vydání. Praha: Karolinum, 1995. 273 s. ISBN 80-7066-94-1.
18. JESENSKÝ, J. a kolektiv. *Zdravotně postižení – programy pro 21. století*. 1.vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2003. 170 s. ISBN 80-7041-834-8.
19. KACANŮ, E. *Jsme inva-lidé*. 1.vydání. Praha: Mutabene, 2001. 83 s. ISBN 80-7066-533-5.
20. KÁBELE, F. a kolektiv. *Somatopedie*. 2.vydání. Praha: Karolinum, 1993. 180 s. ISBN 80-7066-533-5.
21. KOMÁRKOVÁ, R. – SLAMĚNÍK, I. – VÝROST, J. *Aplikovaná sociální psychologie III*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2001. 224 s. ISBN 80-247-0180-4
22. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 4.vydání. Praha: Portál, 2000. 147 s. ISBN 80-7178-429-X.
23. KRAHULCOVÁ – ŽATKOVÁ, B. *Komplexní komunikační systémy těžce sluchově postižených*. 1.vydání. Univerzita Karlova Praha: Karolinum, 1996. 89 s. ISBN 80-7184-239-7.
24. KREBS, V. a kolektiv. *Sociální politika*. 4.vydání. Praha: ASPI, 2007. 503 s. ISBN 978-80-7357-276-1.
25. LEJČEK, J. a kolektiv. *Poznámky k politice zaměstnanosti* [online]. Podklad pro vzdělávací moduly. Úřad práce v Ústí nad Labem. Zář 2007. Poslední aktualizace 15.10.2007. Dostupné z: http://portal.mpsv.cz/sz/local/ul_info/projekty

26. MARŠÁLEK, P. – VÁVRA, A. – RICHTER, D. *Ergodiagnostika. Seminář k Pracovní rehabilitaci.* 4.2.2008. Chomutov.
27. MATOUŠEK, O. a kolektiv. *Základy sociální práce.* 1.vydání. Praha: Portál, 2001. 312 s. ISBN 80-7178-473-7.
28. MATOUŠEK, O. a kolektiv. *Metody a řízení sociální práce.* 1.vydání. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
29. MATOUŠEK, O. – KOLÁČKOVÁ, J. – KODYMOVÁ, P. (eds.). *Sociální práce v praxi.* 1.vydání. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
30. MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti.* 1.vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. 361 s. ISBN 80-247-0650-4.
31. NOVOSAD, L. *Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením.* 2.vydání. Praha: Portál, 2001. 234 s. ISBN 80-7183-268-1.
32. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním postižením nebo sociálním znevýhodněním.* 2.vydání. Praha: Portál, 2006. 159 s. ISBN 80-7367-174-3.
33. *Odborná koncepce „Případový management orientovaný na zaměstnanost v SGB II“.* Materiály MPSV. Publikováno 10.9.2007.
34. *Oznámení č.15/2006.* Postup úřadů práce při zabezpečování pracovní rehabilitace.
35. *Oznámení č.28/2006.* Postup úřadů práce při zabezpečování rekvalifikace, poradenských činností a pracovní rehabilitace.
36. PFEIFFER, J. *Ergoterapie.* 1.vydání. Praha: REHALB o.p.s., 2001.
37. PLAŇAVA, I. *Průvodce mezilidskou komunikací.* 1.vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 146 s. ISBN 80-247-0858-2.
38. PODGÓRECKI, J. *Jak se lépe dorozumíme.* 1.vydání. Ostrava: Amosium servis, 1999. 120 s. ISBN 80-85498-36-7.
39. POTŮČEK, M. *Sociální politika.* 1.vydání. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. 141 s. ISBN 80-85850-01-X.
40. REICHOVÁ, D. – REPKOVÁ, K. *Podpora zamestnávania občanov so zdravotným postihnutím* [online]. Rodina a práca, 7/2005. Dostupné z: www.sspr.gov.sk/texty/

41. REPKOVÁ, K. *Zdravotné postihnutie v mozaike vybraných faktov, výskumných zistení a dokumentov* [online]. Rodina a práca, 3/2007. Dostupné z: www.sspr.gov.sk/texty/
42. ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce*. 1.vydání. Praha: Sociologické nakladatelství, 2000. 80 s. ISBN 80-85850-00-1.
43. SILVERMAN, D. *Ako robiť kvalitatívny výskum*. 1.vydání. Bratislava: Ikar, a.s., 2005. 327 s. ISBN 80-551-904-4.
44. *Sociálna poisťovňa – Pracovná rehabilitácia a rehabilitačné* [online]. Dostupné z: www.socpoist.sk
45. SOVÁK, M. *Logopedie*. 2.vydání. Praha: SPN, 1981. 120 s. 14-248-81.
46. *Statistiky. Údaje uváděné jednotlivými úřady práce*. Dostupné z: <http://portál.mpsv.cz/sz/stat/>
47. STRAUSS, A. – CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert, 1999.
48. ŠESTÁK, J. *Chráněná dílna – nástroj k pracovnímu uplatnění a začlenění lidí se zdravotním postižením*. 1.vydání. Týn nad Vltavou: Domov sv.Anežky, o.p.s., 2007. 81 s. ISBN 978-80-254-0108-8.
49. ŠESTÁK, J. Identifikace potřeby podpory poskytované člověku s mentálním postižením v období časně dospělosti. In *KONTAKT 3-4/2005*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, Trnavská univerzita v Trnavě, Fakulta zdravotnictva a sociální práce, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálních vied a zdravotníctva, 2005. s. 273.
50. ŠVESTKOVÁ, O. *Přehled funkčních metodik v rehabilitaci*. Konference k pilotnímu ověřování projektu Rehabilitace – Aktivace – Práce, 14.9.2007. Červený Hrádek.
51. TITZL, B. *Postižený člověk ve společnosti: hledání počátků*. 1.vydání. Praha: Pedagogická fakulta UK, 1998. 240 s. ISBN 86-039-30-7.
52. TOMEŠ, I. *Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost*. 2.vydání. Praha: Karolinum, 2003. 184 s. ISBN 80-246-0708-5.

53. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. 3.vydání. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. 128 s. ISBN 80-86429-36-9.
54. VÁGNEROVÁ, M. – HADJ-MOUSSOVÁ, Z. – ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. 2.vydání. Praha: Karolinum, 2004. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.
55. *Věstník MZ ČR, ročník 2008, částka 1*. Cenové rozhodnutí ze dne 20.prosince 2007
56. VOTAVA, J. a kolektiv. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1.vydání. Praha: Karolinum, 2005. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
57. VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. 1.vydání. Praha: Portál, 2000. 264 s. ISBN 80-7178-291-2.
58. *Vyhláška č.518/2004 Sb.*, kterou se provádí Zákon o zaměstnanosti 435/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů.
59. *Vyhláška č.519/2004 Sb.*, o rekvalifikaci uchazečů o zaměstnání a zájemců o zaměstnání a o rekvalifikaci zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů.
60. VYSOKAJOVÁ, M. *Hospodářská, sociální, kulturní práva zdravotně postižených*. 1.vydání. Praha: Karolinum, 2000. 140 s. ISBN 80-246-0057-9.
61. *Zákon č.108/2006 Sb.*, o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
62. *Zákon č.435/2004 Sb. o zaměstnanosti*, ve znění pozdějších předpisů.
63. *Zbierka zákonov č.121/2005* [online]. Dostupné z: www.zbirka.sk
64. ZICH, F. *Úvod do sociologického výzkumu*. 1.vydání. Praha: Vysoká škola finanční a správní, o.p.s., 2004. 167 s. ISBN 80-86754-19-7.

8. Klíčová slova

Osoba se zdravotním postižením

Rehabilitace

Pracovní rehabilitace

Úřad práce

Zaměstnanost

